

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Novembre 1908, à 1 heure

Par M. PIERRE JACOBÉE

Né à Oran (Algérie), le 9 Janvier 1882.

DES

FIBROMES SESSILES ET PÉDICULÉS

DU VAGIN

Président : M. POZZI, Professeur.

*Juges : MM. DE LAPERSONNE, } Professeurs.
BAR,
BRINDEAU, Agrégé.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		QUENU.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		BALLET (Gilbert).
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....		RAYMOND.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		N...
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		SEGOND.
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
		BAR.
Clinique gynécologique.....		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON.
		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMLIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARIAN.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

*Contrôleur général de l'Administration de l'Armée
Commandeur de la Légion d'honneur.*

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur POZZI

Professeur de gynécologie à la Faculté de médecine

Chirurgien de l'hôpital Broca

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR DARTIGUES

Ancien chef de clinique gynécologique à la Faculté.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

AVANT-PROPOS

Le sentiment que nous tenons avant tout à exprimer en terminant nos études médicales est un sentiment de reconnaissance à l'égard des professeurs et des maîtres qui les ont guidées.

Nous adressons les plus vifs remerciements et l'hommage de notre profonde gratitude à M. le Prof^r Pozzi, dont nous avons été l'élève pendant près d'une année et qui veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse inaugurale ; à son chef de clinique, M. le D^r Dartigues, qui nous en a conseillé le sujet et nous a fourni une observation inédite de fibrome du vagin opéré récemment par lui. Nous ne dirons jamais assez à M. Dartigues tout le bien que nous ont fait ses entretiens ; il les a remplis pour nous de profitables leçons, aussi précieuses par leur science et leur clarté que par la forme agréable et amicale qu'il a le secret de donner à l'expression de sa pensée.

Nous avons également le devoir de manifester toute notre gratitude à l'excellent maître que fut pour nous M. le P^r Berger ; devant sa tombe brusquement ouverte, nous ne pouvons, hélas, que prendre notre grande part au deuil et aux regrets unanimes de tous ceux qui l'ont approché et connu. .

Nous adressons aussi de sincères remerciements à nos autres maîtres dans les hôpitaux et tout particulièrement à M. le Dr Bourcy, qui guida nos premiers pas.

Nous manquerions à notre devoir en ne remerciant pas enfin le savant Prof^r Merk, de l'Université d'Innsbrück, avec qui une circonstance aussi heureuse qu'imprévue, nous a mis en relation, et qui a eu l'extrême complaisance de nous fournir des renseignements bibliographiques, précieux pour notre travail.

INTRODUCTION

Pour rares que soient les tumeurs solides vaginales en général et les tumeurs fibreuses en particulier, elles sont admises sans conteste et ont été particulièrement étudiées depuis Rizzoli (1875). En dépit du très petit nombre de cas relevés jusqu'ici, les matériaux ne manquent pas et la bibliographie est abondante, au moins en Allemagne et en Angleterre.

Parmi les observations que nous avons recueillies dans les auteurs français et étrangers, nous avons soigneusement choisi et classé dans l'ordre chronologique celles qui semblaient résumer l'opinion qu'on se faisait à une époque déterminée des fibromes vaginaux, et par là même celles qui, par quelques points, pouvaient utilement contribuer à cette étude.

Les tumeurs dont il va être question sont presque toutes fibreuses, mais ceci ne veut pas dire que nous nous occuperons uniquement de fibromes purs. En réalité, ceux-ci sont très exceptionnels, comme d'ailleurs les myomes purs : c'est d'une variété de tumeur fibreuse déjà fort rare qu'il va être presque continuellement question : le fibromyome. Quant à l'expression polype, qui reviendra souvent dans ce travail, il est nécessaire de s'entendre à son sujet : c'est un terme générique, incapable de renseigner sur la nature ou la constitution

anatomique de l'objet qu'il représente ; terme peu précis par conséquent, mais faisant image toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur pédiculée dont il symbolise le caractère principal. Ordinairement, en gynécologie, le polype est fibreux et a pour siège l'utérus ; aussi le mot polype énoncé seul suffit-il à l'esprit pour interpréter le sens d'un terme qui, par définition, réclame un qualificatif ; mais il n'existe pas que des polypes fibreux, et pour ne citer que ceux-là, il y a des polypes muqueux, résultat probable d'une hyperplasie inflammatoire. En résumé, il s'agit donc d'un terme plutôt clinique que scientifique, n'impliquant qu'une idée de forme, l'idée d'une tumeur pédiculée.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Malgré leur extrême rareté, les tumeurs solides du vagin ont été connues de tout temps. Aussi haut que l'on remonte dans les annales médicales, il y est fait mention de semblables tumeurs, soit comme cause de gêne individuelle, soit comme obstacle à l'accouchement. Nous n'avons pas l'intention d'aller jusqu'à Hippocrate, mais en nous reportant simplement aux *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, publiés à Paris, en 1743, et en compulsant les Recherches de Simon sur l'opération césarienne, nous nous trouvons en présence d'une femme à qui, en l'an 1693, il survint dans le vagin une tumeur d'un volume si considérable qu'elle occupait presque toute sa cavité : « Malgré cette « incommodité, ajoute l'auteur, cette femme devint « grosse, et eut recours dans le temps des douleurs à « Lankisch, médecin de Zitaw, ville de la Haute Lusace, « en Allemagne ; Lankisch conseilla l'opération césarienne qui fut faite avec succès pour la mère. » Un peu plus loin, le même auteur nous mentionne la même opération pratiquée avec le même succès sur une femme « dont l'intérieur du vagin était si rempli de callosités à « la suite d'un ulcère dans cette partie qu'on n'y introduisait qu'avec peine l'extrémité du petit doigt. »

Mais qu'est-ce que cette tumeur ? A quelles lésions pathologiques correspondent ces callosités et cet ulcère ? Nous n'en savons rien, et nous ne pouvons pas le savoir, car tout naturellement les renseignements histologiques nous manquent et pour cause. C'est donc encore aller trop loin que remonter à une époque où l'absence totale d'analyse histologique ne permet ni d'établir un diagnostic rétrospectif certain, ni même de l'esquisser, tant les descriptions macroscopiques sont elles-mêmes vagues et insuffisantes.

Sautons trois quarts de siècle : Nous trouvons, en 1810, Pelletan pratiquant l'excision et la ligature de ce qu'il croit être un stéatôme ou un mélicéris. Avant d'achever de séparer la tumeur du vagin, il veut se rendre compte de sa nature et y plonge le bistouri ; il n'en sort rien, mais il reconnaît que la tumeur est « très dense et formée d'un tissu fibreux. » Ne doutant pas alors qu'il allait rencontrer de gros vaisseaux nourriciers, il n'achève la section qu'après avoir effectué une forte ligature.

En 1831, Dupuytren présente à sa clinique de l'Hôtel-Dieu une observation de polype vaginal, basant son diagnostic sur ce fait que la tumeur révélée par le toucher était nettement séparée du col de la matrice, qu'elle était libre dans toute sa circonférence et « n'ex-
« halait pas cette odeur infecte propre aux affections
« cancéreuses. »

En 1854, M. Guersant cite un cas de polypes multiples du vagin chez une petite fille de treize mois, et nous dit par l'intermédiaire de son interne que l'examen microscopique du noyau central de l'une des tumeurs excisée montrait qu'elle était formée de tissu fibreux.

« Il est juste de dire, ajoute-t-il, que la constriction
« éprouvée par le pédicule avait pu en altérer la texture
« intime. Quant aux tumeurs encore adhérentes au
« vagin, elles n'auraient pu être examinées au micros-
« cope avec fruit, car elles avaient été mises dans
« l'alcool, immédiatement après l'autopsie. »

En somme, aucune preuve certaine jusqu'ici de l'exis-
tence de polypes fibreux du vagin. Bien mieux, en 1859,
M. Letenneur, alors professeur à l'école de médecine de
Nantes, va mettre en doute cette existence; d'après lui,
les auteurs classiques qui avaient décrit cette affection,
n'avaient fait là qu'un « portrait de fantaisie », et il
invite ceux qui aborderont le sujet à l'avenir, à être plus
réservés que leurs prédécesseurs, ou, plus heureux que
lui, à se procurer des documents qu'il avait en vain
cherchés pendant longtemps. Faisant allusion aux des-
criptions données par Boyer, Gerdy (1), A. Bérard (2),
Vidal de Cassis, voici ce qu'il dit: « Il est impossible
« de ne pas être frappé du vague et de l'incertitude qui
« règnent dans une semblable description; elle semble
« basée sur des probabilités et sur des analogies, bien plus
« que sur des faits positifs observés par les auteurs eux-
« mêmes. On peut être étonné, à bon droit, de ne pas
« trouver, dans les auteurs classiques que je viens de
« citer, un seul exemple qui vienne confirmer le tableau
« qu'ils ont tracé de cette maladie. Je dois ajouter qu'ils
« ont tous fait preuve de prudence en disant que les
« polypes du vagin sont rares: en effet, ne voulant pas

(1) GERDY, *Des Polypes et de leur traitement*, Paris, 1833.

(2) A. BERARD, *Dict. en 30 vol.*

« m'en tenir à ma seule expérience, j'ai interrogé ceux
 « de mes confrères qui ont la pratique la plus étendue
 « soit en chirurgie, soit en obstétrique, et, tandis que
 « chacun d'eux pouvait, comme moi, se rappeler avoir
 « vu un nombre considérable de polypes de l'utérus,
 « aucun n'a observé de polypes nés dans l'intérieur
 « même du vagin ; s'il en existe quelques observations
 « dans les Annales de la science, elles doivent être en
 « bien petit nombre, car je n'ai pu en découvrir une
 « seule ; il n'en est pas question dans les compte-rendus
 « de la Société anatomique, dans les Mémoires de l'Aca-
 « démie de médecine, dans les Bulletins de la Société
 « de chirurgie, dans la Bibliothèque germanique, dans
 « les Mélanges de chirurgie étrangère, dans les Annales
 « de la chirurgie française et étrangère, dans la collection
 « entière des Archives générales de médecine, sauf une
 « observation, que je rapporterai plus loin et qui a été
 « citée par Gerdy ; j'ai parcouru, sans résultat, la plu-
 « part des autres journaux de médecine, et j'ai dû re-
 « chercher dans quels ouvrages les auteurs avaient puisé
 « les éléments de leur description. » Des observations
 suivent, que Letenneur discute, en cherchant à démon-
 trer que dans l'une d'elles, il s'agissait d'un polype cer-
 vical de l'utérus, dans une autre d'un kyste folliculaire,
 ici de fongosités vénériennes ou cancéreuses, et là d'un
 simple prolapsus vaginal. Puis il déclare que Lassus
 s'était montré bien supérieur aux auteurs qui l'avaient
 précédé et à ceux qui l'avaient suivi lorsqu'il disait, en
 1805, dans sa *Pathologie chirurgicale*, que les pseudo-
 polypes du vagin n'étaient que des tumeurs lymphati-
 ques développées dans la cloison recto-vaginale et fai-

sant saillie dans le vagin. « attaqué consécutivement d'un renversement plus ou moins considérable. »

Et, en effet, Letenneur, s'il n'admet pas les polypes vaginaux, considère les tumeurs sessiles comme assez communes. Il fait également des restrictions en ce qui concerne les tumeurs siégeant à la partie antérieure et vulvaire du conduit vaginal, en ce lieu que l'on désigne sous le nom de bulbe du vagin. « Là, dit-il, on rencontre « quelquefois des tumeurs, bien différentes, sans doute, « par leur nature, mais parmi lesquelles on trouve de « véritables polypes ». Et il cite à l'appui quelques observations.

En 1860, l'interne de M. Demarquay nous entretient, lui aussi, d'une tumeur du bulbe du vagin que nous aurions passée sous silence si l'observation n'était accompagnée d'une étude microscopique fort bien faite par M. Dufour. Celle-ci révèle manifestement la présence de fibrilles de tissu conjonctif, réunies en faisceaux ondulés comme des cheveux, de vaisseaux capillaires en assez grand nombre ; enfin, comme élément le plus important par son étendue, et parce qu'il forme à lui seul la plus grande partie de la tumeur, des faisceaux de fibres musculaires lisses.

Il est évident que les perfectionnements du microscope ne sont pas étrangers à l'abondance des détails histologiques contenus dans cette observation. Plus de doute maintenant sur la nature fibreuse d'un certain nombre de tumeurs vaginales, et, dès lors que nous ne craignons plus de nous tromper sur ce point capital, sommes-nous en mesure d'opposer aux argumentations de Letenneur un cas typique de polype fibreux vaginal siégeant ailleurs

que sur le bulbe? Oui certes, et plusieurs; car à partir de 1878, les documents se font moins rares; et, chose tout à fait remarquable, nous allons même rencontrer une série de tumeurs uniquement fibreuses :

C'est d'abord un cas de A. Martin rapporté dans le *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, où il s'agit d'un polype s'insérant sur la paroi postérieure du vagin d'un nouveau-né. « Ce polype, dit l'auteur, ne renfermait pas de tissu glandulaire; par contre, des vaisseaux remarquablement gros couraient presque uniquement au centre de la tumeur. Ceux-ci étaient noyés au milieu d'un solide tissu conjonctif dans lequel il était impossible de reconnaître des fibres musculaires. »

En 1882, dans le *Journal d'accouchement et de gynécologie* édité par Olshausen à Berlin et Hofmeier à Wurzburg, E. Hasenbalg donne l'observation détaillée « d'une forme très rare de néoplasme purement fibreux du vagin ». Or ce néoplasme est un polype à pédicule très court, de la grosseur du petit doigt, s'insérant sur la paroi postérieure, à 3 centimètres environ du fond du vagin. Suit un examen microscopique des plus approfondis que nous relaterons en son lieu et place avec l'observation, et qui conclut à un fibrome pur.

La même année, M. Paquet, appelé à Douai près d'une dame qui avait fait une fausse couche quelque temps auparavant, trouva sur la paroi latérale gauche du vagin, une tumeur dure, de la grosseur d'une noix, qu'il énucléa, et qui fut reconnue absolument fibreuse. « Du moins, ajoute-t-il, dans les coupes que nous avons faites, M. Tourneux et moi, nous n'avons trouvé que

« du tissu fibreux. Peut-être, en complétant l'examen, « rencontrerait-on du tissu musculaire. »

A peu près à la même époque, Kleinwachter parvint à réunir 43 observations, de valeur très inégale d'ailleurs.

En 1888, la thèse de Hastenpflüg, publiée à Iéna, nous fournit de nouveaux documents puisés à la clinique du professeur Schultze : fibromyome pédiculé s'insérant sur la partie la plus haute du vagin à gauche du museau de tanche ; fibromyome de la paroi antérieure.

Puis c'est Emmert qui publie onze observations inédites.

Depuis, le nombre des faits observés a encore augmenté, que Rocheblave en 1884, Laurent et Baur en 1906, Rollin en 1905 ont résumés dans leurs thèses. N'oublions pas les travaux importants de Condamin (1894), de Klien (1898), de John Philipps (1899), de Smith (1902), une note de Machenhauer (1902) sur un cas de myome pur, puis le mémoire de Potel (1903).

En dernier lieu, nous sommes heureux de rapporter l'observation très complète que nous devons à l'obligeance du Dr Dartigues, observation accompagnée d'un examen histologique sérieux et qui ne permet plus de mettre en doute l'existence des tumeurs fibreuses vaginales. Nous en ajoutons une autre également intéressante due à M. Hardouin, professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes, et qui vient d'être publiée en août 1908 dans la *Revue de Gynécologie* de M. le Prof^r Pozzi.

Un peu pour réfuter l'opinion de Leténneur, nous avons insisté dans ce rapide historique sur les polypes vaginaux siégeant ailleurs que sur le bulbe, tumeurs les plus extraordinaires parmi des tumeurs extraordinaires ;

il n'en reste pas moins vrai cependant que les polypes du bulbe sont en l'espèce les plus fréquents, et c'est leur situation limitrophe qui les a fait ranger suivant les auteurs parmi les tumeurs du vagin proprement dit, du bulbe ou de l'urèthre, et appeler parfois fibromes péri-uréthraux. Mais n'anticipons pas.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

C'est entre 30 et 45 ans que les fibromes du vagin font en général leur apparition. La statistique donne à cet égard le chiffre de 84 $\%$. Si l'on nous demande de préciser, nous répondrons avec Machenhauer que le sujet a presque toujours 40 ans, rarement 50 et très exceptionnellement plus. La dernière période de l'activité génitale ou les approches de la ménopause constitueraient-elles donc une des conditions d'existence de ces tumeurs ? Non, puisque, toutes réserves faites quant à la fréquence, l'âge peut être quelconque : des fibromes vaginaux évoluent parfaitement chez des femmes en pleine puissance génésique, ils peuvent exister chez des enfants, enfin MM. Guersant et A. Martin rapportent des exemples, l'un chez une petite fille de treize mois, l'autre chez un nouveau-né, à des périodes de la vie par conséquent où l'éveil physiologique des organes de la génération n'est pas encore venu constituer une prédisposition puissante aux lésions vitales de ces parties. L'âge critique n'apporte donc que des conditions favorables de développement, dont on trouverait peut-être l'explication dans l'évolution que subissent à ce moment les organes génitaux.

Nous dirons la même chose de la multiparité que, contrairement à ce que l'on observe pour les fibromes utérins, nous devons considérer ici comme une cause prédisposante sinon remarquable, du moins fort nette : Smith qui dans son travail relate 69 observations de fibromes vaginaux, trouve sur ce nombre 55 femmes mariées, et dans 20 cas où il possède des renseignements sur la fertilité des malades, 16 ont eu des enfants et 4 sont restées stériles. Les vierges, pas plus que les multipares, ne sont d'ailleurs épargnées, et des cas suffisamment récents viennent à propos combattre la tendance que l'on a eue à certain moment d'envisager les fibromes du vagin comme l'apanage des femmes ayant eu des enfants ; apanage peu enviable si l'on songe que la coïncidence d'un accouchement peut parfois assombrir singulièrement le pronostic de ces tumeurs.

Somme toute, les causes prédisposantes se ramènent à deux : l'âge, qui doit avoisiner la quarantaine, et la multiparité. Tous les autres faits que l'on a pu invoquer comme capables d'expliquer cette affection bizarre : l'influence de lieu, de climat, les abus sexuels, les traumatismes, nous paraissent d'une valeur discutable, ou pour mieux dire en semblent dépourvus.

Quant aux causes efficientes, elles nous échappent complètement. Et pourtant l'infection gonococcique, source de tant de métrites rebelles, de salpingites, de salpingo-ovarites et de leurs conséquences parfois désastreuses, n'est-elle pas là pour expliquer bien des choses ? Certes ; mais l'argumentation tombe d'elle-même, puisque nous avons vu plus haut qu'il existait des cas de fibromes vaginaux chez les vierges et chez les enfants. N'y aurait-

il pas lieu d'incriminer certaines maladies diathésiques ou bien des infections générales telles que la syphilis, la fièvre typhoïde, la variôle ? Pure hypothèse, que ne vérifie pas l'expérience, ces affections ne se retrouvant pas forcément dans les antécédents pathologiques des malades. Alors, puisque l'esprit aime à se satisfaire malgré tout, adressons-nous à la pathogénie : peut-être va-t-elle jeter un peu de lumière sur une étiologie aussi obscure.

Rappelons tout d'abord la théorie de Claisse : basée d'une part sur ce fait que les tumeurs sont en rapport avec une thrombose ou tout processus troublant la circulation, d'autre part sur la constatation faite par Kollmann de la présence de microbes dans l'épaisseur des fibromes, elle nous permet de concevoir avec Rollin « que les fibromyomes se développeraient aux dépens « d'endo et de péri-vascularites de causes probablement « microbiennes, les éléments pathogènes pénétrant par « la voie lymphatique ou sanguine du vagin, dont la « muqueuse a abrité les agents microbiens. »

Recklinghausen a incriminé comme facteur de la genèse de certaines tumeurs utérines l'inclusion dans la paroi postérieure de l'utérus des canalicules de la partie distale du corps de Wolff. Cette théorie, fort problématique en ce qui concerne les tumeurs de l'utérus, nous paraît entrer dans le domaine de la fantaisie lorsqu'on l'applique aux tumeurs du vagin, comme l'ont fait certains auteurs.

L'histogénèse des tumeurs utérines ne rentrant pas dans le cadre de notre sujet, nous ne nous arrêterons pas à l'hypothèse de Recklinghausen, mais à un autre point

de vue nous avons à faire entrer en ligne de compte à la fois les fibromes utérins et vaginaux : nous voulons parler de la théorie des fibromes migrants dont l'idée première appartient à M. le Prof^r Pozzi et sur laquelle M. le D^r Dartigues nous conseille de revenir : de même qu'il existe des fibromes de l'utérus à évolution abdominale, d'autres à évolution pelvienne, d'autres à évolution vaginale ou cervico-vaginale, c'est-à-dire venant de l'utérus pour aller dans le vagin sous forme de polypes, il y aurait des fibromes utérins, devenus libres, indépendants, comparables à une colonie qui se sépare de la métropole, et dont l'évolution d'abord para-vaginale deviendrait intra-vaginale par une sorte d'invagination. L'hypothèse est d'autant plus vraisemblable que nous savons l'existence de fibromes utérins péritonéaux devenus libres dans la cavité abdominale, de fibromes du ligament large complètement séparés de l'utérus, et la possibilité d'une semblable pathogénie n'est pas contestable si l'on considère : 1^o que la structure anatomo-pathologique des fibromes utérins et des fibromes vaginaux est la même ; 2^o que les uns coexistent souvent avec les autres, soit isolés, soit présentant des connexions, et plusieurs fois pédiculisés.

Letenneur ne disait-il pas que les polypes décrits sous le nom de vaginaux n'étaient que des polypes utérins qui avaient contracté des adhérences avec le vagin et paraissaient avoir ainsi deux pédicules ? Pillore cite un cas de tumeur fibreuse accolée à la paroi antérieure de l'utérus et du vagin, un autre cas de tumeur fibreuse adhérent à la paroi postérieure du vagin et au bord droit de l'utérus. Hastenpflug relate chez le même sujet un myome de la

paroi antérieure du vagin et un autre de la paroi antérieure de l'utérus opérés à la clinique du Prof^r Schultze. Le même auteur mentionne les connexions qu'une tumeur abdominale avait avec l'utérus et le vagin.

Ces faits sont-ils le résultat d'un pur hasard, ou ne viennent-ils pas plutôt au soutien de ces paroles de M. le Prof^r Pozzi : « Les corps fibreux qui naissent de la
« portion sus-vaginale du col, à la surface externe de
« cette région, se trouvent d'emblée dans l'épaisseur
« même du plancher pelvien, au niveau d'interstices
« nombreux où ils peuvent se glisser et se développer,
« tout en restant bridés et incarcérés dans la cavité du
« petit bassin. C'est le plus souvent en arrière du col
« qu'ils se développent : ils soulèvent le cul-de-sac de
« Douglas pour se mettre en contact immédiat avec la
« paroi postérieure du vagin et avec le rectum. Ils
« débordent souvent sur les côtés, entre les feuillets des
« ligaments larges qu'ils dédoublent, constituant ainsi
« une des variétés les plus graves des corps fibreux
« intra-ligamentaires. Ils peuvent même dépasser cette
« région, cheminer en avant entre la vessie et l'utérus et
« pousser des prolongements jusque dans le mésocolon
« iliaque. »

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs fibreuses du vagin peuvent être sessiles ou pédiculées. En général la distinction clinique de ces deux formes est facile à faire. Il est pourtant des cas où le pédicule est tellement rudimentaire que l'on peut mettre en doute son existence, et ceci tendrait à montrer une fois de plus le peu d'importance que dans le fond il faut attacher à une classification n'ayant rien d'absolu puisqu'il existe des cas que l'on hésite à ranger dans l'une ou l'autre de ces deux catégories. Mais ici encore des expressions telles que *tumeurs sessiles* ou *tumeurs pédiculées* font image et sont judicieuses, car elles permettent au chirurgien de poser rapidement un diagnostic compris de tous. Conservons-les donc, mais n'oublions pas qu'entre une tumeur nettement sessile et une tumeur nettement pédiculée, il y a tous les degrés ; bien plus, que l'une peut avoir été l'autre.

Ceci étant dit, nous ne nous prononcerons pas sur la plus ou moins grande fréquence de chacune de ces formes : les renseignements en effet sont assez contradictoires : en 1878, Simpson cite dans le numéro de juin de l'*Edinburgh medical Journal*, 19 cas de fibromes sessiles

et 8 polypes seulement. Mais des statistiques récentes semblent accorder la plus grande fréquence aux fibromes pédiculés, et Potel est très affirmatif à cet égard. Quoi qu'il en soit, les accidents qui peuvent survenir ne sont pas les mêmes suivant le cas, et tandis qu'un fibrome sessile développé dans les parois vaginales est susceptible, s'il est volumineux, de changer totalement les rapports des organes qui l'entourent et de déterminer des phénomènes de compression, un polype occasionne rarement de la gêne tout le temps qu'il est dans le vagin, mais s'enflamme dès qu'il est accouché et se sphacèle si l'on n'intervient rapidement.

Le siège de ces sortes de tumeurs est presque toujours la paroi antérieure du vagin. Peut-être avons-nous été un peu loin dans notre historique en spécifiant la portion antéro-inférieure de ce conduit, car il existe un assez grand nombre d'observations relatant des fibromes de la portion antéro-supérieure. Ce qui est certain, c'est que dans le premier cas, les connexions avec l'urèthre sont intimes, un tissu cellulaire très dense, traversé par de petites veines et des faisceaux musculaires striés, unissant à ce niveau les deux conduits ; or, le point est intéressant puisqu'il a fait interpréter ces tumeurs comme appartenant à l'urèthre. « Voyez le méat urinaire, disait M. Tillaux en 1889 à propos d'une malade « qu'il présentait à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, il est « complètement déformé et on éprouve quelque peine « à le reconnaître. Il se présente sous la forme non « plus d'un orifice arrondi, mais d'une fente pres- « que linéaire, dirigée verticalement et très rappro- « chée du bord gauche de la masse. On y introduit

« d'ailleurs facilement une sonde jusque dans la vessie
« et cette manœuvre combinée avec le toucher vaginal
« permet de constater la fusion de la tumeur avec la
« paroi urétrale ; il est évident que le néoplasme occupe
« celle-ci. » La question est aujourd'hui tranchée en
faveur de l'origine vaginale, par ce fait même qu'il
existe des tumeurs fibreuses de la paroi postérieure du
vagin, alors que l'on n'en connaît point de la paroi
antérieure de l'urèthre. Mais rien d'étonnant à ce que
des fibromyomes comme celui que rencontra M. Tillaux
aient été dénommés péri-urétraux.

Il est remarquable de constater avec quelle facilité les
fibromes vaginaux passent inaperçus des malades dans
les premiers temps de leur apparition. Le petit volume
initial et le lent développement d'une tumeur à laquelle
la femme s'habitue peu à peu sont sans doute les raisons
de cette inconscience que ne partage cependant pas tou-
jours le mari si l'on en croit l'observation communiquée
à Rollin par M. Poirier. Mais si lente que soit cette
évolution, elle se poursuit implacablement ; il arrive
donc un moment où la tumeur est mise en évidence, et,
si le bistouri n'intervient pas, elle est capable d'acquérir
les dimensions les plus fantastiques : c'est ainsi qu'à une
époque où l'infection septicémique laissait tout craindre
de la plus légère opération, on a pu observer une tumeur
pesant 5 kilogrammes dans le cas de Gremler, une autre
de 10 livres et demie dans le cas de Baudier, une autre
encore relatée par Pillore et qui ne mesurait pas moins
de 30 centimètres de longueur, 24 de largeur et 16 de
hauteur. Le volume de ces fibromes est donc extrême-
ment variable, se modifiant d'ailleurs à tous les instants

de leur évolution. D'ordinaire, lorsque se pose la question d'une intervention, la grosseur est celle d'une noix, d'un œuf ou d'une orange, rarement celle « du foie d'un adulte » comme dans le cas d'Espezel.

Plusieurs fibromes vaginaux peuvent-ils coexister chez le même sujet ? Quelquefois. Le cas de Guersant (1854) se rapporte à une petite fille de treize mois dont le vagin fut trouvé à l'autopsie rempli de tumeurs blanchâtres, les unes sessiles, les autres pédiculées, présentant le volume d'un grain de millet, à l'exception d'une, plus considérable qui, s'implantant sur la paroi latérale gauche, atteignait le volume du petit doigt ; cette dernière fut examinée microscopiquement, à vrai dire sans grand contrôle scientifique, et reconnue formée de tissu fibreux. Castelain (1861) mentionne deux tumeurs s'insérant sur les parois d'un même vagin, l'une sessile, grosse comme un pois, l'autre pédiculée, du volume d'un œuf. Stumpf a observé un fait analogue, mais les deux tumeurs étaient accolées. Olenin a publié un cas de 16 tumeurs, tant sessiles que pédiculées. Inutile d'ajouter que ces faits sont tout à fait extraordinaires : Potel, sur un total de 120 observations, n'a relevé que 8 fois la présence de plusieurs tumeurs coexistantes. Toutefois, qu'on nous permette de citer ici un cas très curieux emprunté à M. G. Petit, à propos d'une véritable fibromatose vaginale chez une chienne : « Le vagin est « rempli d'une multitude de fibromes, fermes, lisses, « nacrés, de volume et de formes variables, depuis la « grosseur d'un pois à une noix. La plupart sont sessiles, « ou largement pédiculés ; un seul à long pédicule fait « saillie vers la cavité vulvaire. Ces tumeurs fibreuses

« sont implantées sur la muqueuse, depuis l'orifice de
« l'urèthre jusqu'au col de l'utérus, comblant la cavité
« vaginale. La vulve est, par contre, absolument saine ;
« il en est de même du corps de l'utérus qui présente
« seulement des lésions de métrite chronique. Ces
« fibromes comprennent toute la paroi de l'organe, qui
« apparaît bombée après son isolement complet. L'étude
« histologique démontre qu'il s'agit de fibromes purs et
« non de fibromyomes. »

Il nous reste maintenant dans ce chapitre à traiter une question importante : la constitution anatomique.

Et d'abord comment ces tumeurs se présentent-elles sous le bistouri ? Elles sont dures, élastiques, non friables. Elles crient à la coupe, laissent voir un tissu gris rosé, d'une teinte pâle, parfois nacré, et déjà donnent à l'œil nu l'impression de masses très compactes dont les éléments fibrillaires doivent être étroitement feutrés.

Cette notion macroscopique sera confirmée par l'étude microscopique. Mais avant d'analyser la structure d'une tumeur, il est essentiel de connaître celle du sol d'implantation dont elle constitue en quelque sorte le prolongement. Or, le vagin a tout ce qu'il faut pour pouvoir produire des fibromes proprement dits, des myomes et des fibro-myomes. Nous y relevons en effet : une couche externe formée par un tissu conjonctif très élastique, une tunique musculaire lisse à plusieurs plans, une tunique conjonctive sous-muqueuse et une muqueuse. Dès lors il n'est pas étonnant que, sous une influence pathogénique encore à élucider, les néoplasmes de cette région renferment à la fois des fibres conjonctives et

des fibres musculaires lisses, empreintes de la constitution intime des parois vaginales. Il est plus difficile d'interpréter la formation de tumeurs exclusivement fibreuses ou exclusivement myomateuses, et d'envisager un seul des éléments constitutifs du vagin, comme le théâtre du processus évolutif. Ainsi l'exige pourtant l'existence de ces tumeurs, exceptionnelles d'ailleurs.

Autrefois M. Dufour faisait jouer à l'élément musculaire le rôle capital dans la genèse des fibromyomes, et attribuait la plus grande fréquence de ceux-ci sur la paroi antérieure à la prédominance de cet élément dans les tuniques vésico-vaginales. Les considérations qu'il ajoute nous ont paru intéressantes et susceptibles de trouver leur place ici : « L'élément musculaire normal
« du vagin, vers la fin de la gestation, prend part à
« l'hypertrophie générale physiologique de tout l'appareil
« utérin, sans doute pour pouvoir servir aussi à l'accouchement prochain. On voit alors les faisceaux musculaires lisses prendre une teinte rougeâtre qui dénote
« leur hypertrophie physiologique ; ne peut-il pas en
« être de même dans certains cas, sous l'influence d'une
« cause morbide ?

« Enfin, il faut considérer aussi que cet élément est
« très variable quant à l'abondance chez les divers
« individus. Certains actes physiologiques, notamment
« à la fin de quelques accouchements, le prouvent
« manifestement à l'observateur, de sorte que certaines
« femmes seraient plus que d'autres disposées à l'hypertrophie de cet élément et aux polypes fibromusculaires du vagin. »

D'une façon générale, les fibromyomes du vagin sont

histologiquement semblables à ceux de l'utérus, et les proportions entre les fibres musculaires lisses et les éléments conjonctifs peuvent varier à l'infini. Les cellules musculaires lisses sont groupées en faisceaux : leurs noyaux en bâtonnet sont caractéristiques. De place en place les faisceaux musculaires lisses sont séparés les uns des autres par des faisceaux fibreux, reconnaissables à l'enchevêtrement de leurs fibrilles conjonctives. Les vaisseaux, dont les coupes montrent bien la lumière béante, sont accompagnés par le tissu conjonctif et leurs parois adhèrent intimement à ce tissu ; les uns sont interstitiels, les autres périphériques, ceux-ci contenus dans une capsule conjonctive qui entoure ordinairement toute la tumeur.

Veit, dans son *Traité de Gynécologie*, incline à ne pas comprendre dans le groupe qui nous intéresse les tumeurs renfermant du tissu musculaire strié. Nous connaissons deux cas de ces rhabdomyomes : celui de Tédénat et celui de M^{me} Kaschewarowa. D'ailleurs, la striation des fibres musculaires lisses, loin d'être exceptionnelle dans la région génitale, serait un phénomène constant au cours de la grossesse. « Chez la femme, » dit Ranvier, et les femelles de chien et de lapin, les « fibres utérines présentent à la fin de la grossesse » une striation évidente, bien qu'elle soit loin d'être « aussi nette que sur les muscles striés ordinaires. » Bien mieux, certains auteurs ont fait remarquer la présence d'éléments striés dans le vagin des enfants. Mais, tandis que Potel rattache ces tumeurs à des fibromyomes dégénérés, Veit les classe dans le groupe des sarcomes.

Nous aurons à peu près tout dit de l'anatomie patho-

logique des tumeurs fibreuses vaginales lorsque nous aurons rappelé les connexions de ces tumeurs avec le tissu conjonctif périphérique : ordinairement, nous venons de le voir, une capsule conjonctive lâche entoure la tumeur. Le fait a son importance, car il facilite singulièrement la technique opératoire en favorisant la dissociation digitale. Il n'en est plus de même lorsqu'exceptionnellement les limites peu précises du néoplasme ne permettent pas de différencier son tissu propre de celui des parois vaginales : il est alors nécessaire de sculpter en quelque sorte la tumeur, et c'est là une source de difficultés dont nous aurons l'occasion de parler à propos du traitement.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les fibromes vaginaux, avons-nous dit, peuvent longtemps passer inaperçus des malades, et lorsque ceux-ci ont par hasard remarqué quelque anomalie dans le jeu de leurs diverses fonctions, ils ont tôt fait d'en trouver eux-mêmes l'explication ; l'âge critique par exemple ne vient-il pas à propos pour la leur donner ? « Pour « M^{me} X..., dit Castelain, comme pour beaucoup de « femmes qui considèrent la cessation des règles comme « un phénomène morbide, destiné à jeter la plus grande « perturbation dans l'économie, c'est son âge critique qui « est la cause du dérangement de santé qu'elle éprouve « depuis quelque temps. Ainsi, les tiraillements douloureux qu'elle ressent dans les régions lombaires et « hypogastriques, les hémorrhagies abondantes qui « l'épuisent, la difficulté qu'elle a de se tenir debout ou « de marcher, tous ces symptômes ne sont pour elle « que le résultat de la cessation de ses règles, de son « âge critique ». Et pourtant, dans ce cas particulier, nous sommes déjà en pleine évolution d'une affection dont le début par conséquent a été parfaitement insidieux. Ce caractère insidieux se retrouve dans la grande majorité des cas. Bien souvent c'est une cause accidentelle

qui décèle un fibrome du vagin, et, lorsque la tumeur est pédiculée, un effort de toux ou de vomissement, une course, un mouvement brusque suffisent pour l'amener à la vulve, parfois même un léger traumatisme que l'on incriminera avec plus de raison ici comme cause occasionnelle que tout à l'heure comme cause efficiente. A ce moment se manifestent des signes physiques suffisants pour permettre au médecin de reconnaître le caractère de la tumeur à laquelle il a affaire. Mais de ce fait celle-ci est déjà considérable et des signes fonctionnels tardent d'autant moins à apparaître que le sujet s'observe et attache maintenant une importance énorme à mille petits détails auxquels il ne prêtait antérieurement qu'une attention des plus vagues. Dès lors il ne faut plus longtemps pour que ceux-ci s'accroissent et que de véritables troubles viennent faire place à des sensations toutes subjectives.

§ 1. — Symptômes fonctionnels.

Ils diffèrent suivant que la tumeur est sessile ou pédiculée, mais dans les deux cas paraissent être d'ordre purement mécanique.

A. — La tumeur est sessile.

La douleur est fort rare, et les plaintes de la malade expriment plus la gêne qu'une véritable souffrance ; lorsque pourtant elle existe vive, et que la muqueuse n'est pas ulcérée au niveau du fibrome, son irradiation dans les membres inférieurs montre bien qu'on doit

l'attribuer à la compression des nerfs du plexus sacré. Ce sont en effet les phénomènes de compression qui dominent la scène dès que la tumeur est un peu volumineuse, et, suivant le siège qu'occupe celle-ci, ils se manifestent par des troubles urinaires ou des troubles rectaux :

Supposons un fibrome développé dans la paroi antérieure du conduit vaginal. C'est le cas le plus fréquent ; c'est aussi celui qui détermine les troubles les plus constants. Quelques difficultés dans les mictions avertissent tout d'abord la malade de la part que prend le canal urétral aux évènements qui se passent dans la zone génitale ; survient ensuite un peu de pollakyurie, conséquence de la dysurie, parfois un peu de ténesme vésical ; l'urine n'est plus projetée directement en avant et en bas, mais s'échappe latéralement en s'éparpillant et souille les vêtements. Les choses en restent là généralement si la tumeur n'intéresse que la partie inférieure de la paroi uréthro-vaginale. Il n'en est plus de même si la tumeur siège dans la partie supérieure de cette paroi ou plus exactement dans la région vésico-vaginale : alors les sensations de ténesme deviennent fort pénibles, traduisant l'irritation du col vésical ; l'urine suinte goutte à goutte entre les parois resserrées du canal ; la vessie cherche à se vider d'autant plus rapidement que l'irritation du col exagère sa grande sensibilité à la dilatation ; ainsi se constitue une incontinence qui n'est qu'un acheminement vers la rétention. Ces troubles fort graves, qui ont pu nécessiter autrefois la ponction de la vessie, s'accompagnent parfois de légères hématuries, rendant sanguinolentes les premières por-

tions du jet d'urine, et complétant ainsi l'analogie de ce tableau clinique avec celui des corps étrangers de l'urèthre.

Les troubles rectaux sont beaucoup moins importants, très inconstants et se bornent à des phénomènes de constipation : encore leur apparition réclame-t-elle des circonstances dont le concours est exceptionnel : un fibrome particulièrement volumineux d'une part, et autant que possible son développement dans la cloison recto-vaginale d'autre part.

Sous prétexte de rendre hommage à la clarté descriptive, il serait peu conforme à la réalité des faits de ne pas associer ces deux ordres de troubles en les faisant dériver chacun d'une forme distincte de l'affection qui les occasionne. En réalité la cavité vaginale est une cavité virtuelle, et le contact de ses parois suffit à justifier leur coexistence, assez rare, il est vrai.

L'évolution des fibromes sessiles peut encore se signaler par des hémorrhagies. Ce sont en général des métrorrhagies et non des ménorrhagies, et Rollin les attribue à ce fait que « la muqueuse du vagin est le « siège d'une fluxion vasculaire, analogue à celle qu'entretiennent au niveau de la muqueuse utérine, les « fibromes de la matrice ». Ne perdons pourtant pas de vue que des pertes de sang considérables peuvent s'expliquer par la coexistence d'un fibrome utérin parfois minuscule ou par l'irritation des parois de la muqueuse au niveau de la tumeur. Dans ce dernier cas on note presque toujours une leucorrhée concomitante dont l'écoulement séreux précède souvent de peu le pus gangreneux.

B. — La tumeur est pédiculée.

Elle ne donne lieu à aucune douleur tant qu'elle est contenue dans le vagin. La malade est peu gênée, car le polype se déplace volontiers tout en étant maintenu par les parois vaginales qui épousent en quelque sorte sa forme et ses dimensions. Pourtant il arrive un moment où, la place ne lui suffisant plus, il tiraille sur son pédicule, détermine de la pesanteur et finalement fait irruption au dehors. Alors tout change de face : les tiraillements s'exagèrent, des douleurs lombaires violentes font leur apparition, la masse fibreuse devient violacée, traduisant la gêne de sa circulation, et la malade, qui peut à peine marcher, n'attend plus que le bistouri pour la débarrasser d'une tumeur qui s'œdématie, s'ulcère, s'infecte, suppure et se sphacèle.

Ici pas de phénomènes de compression, mais des hémorrhagies de surface beaucoup plus fréquentes, hémorrhagies en nappe parfois fort importantes, capables d'anémier considérablement la malade. Pas de troubles urinaires, mais toutes les chances d'infection que peut présenter une surface cruentée exposée à mille souillures et à de multiples frottements.

Ajoutons enfin que l'aménorrhée signalée par Kleinwachter comme satellite des fibromes vaginaux ne semble pas un fait suffisamment démontré pour en tirer conclusion.

Quant aux rapports sexuels, ils restent en général possibles, abstraction faite des cas exceptionnels de vaginisme ou de ceux relatifs à des tumeurs d'un volume excessif.

§ 2. — Signes physiques.

Point n'est besoin ici d'étudier séparément les tumeurs sessiles et pédiculées. Nous aurons d'ailleurs peu de choses à dire, étant donné que les circonstances nous ont obligé à citer plus haut déjà quelques-uns de leurs signes physiques. C'est ainsi qu'à l'inspection nous savons qu'une tumeur pédiculée examinée peu de temps après son irruption hors de la vulve, apparaît rougeâtre et semblable en tous points à un prolapsus ; plus tard la coloration brunâtre et le liquide séro-sanguinolent qui la recouvre en maints endroits indiquent nettement le processus ulcératif dont elle est le siège.

La percussion que l'on peut exercer à travers la paroi abdominale, outre qu'elle ne donne pas en l'espèce de renseignements précis, est en général superflue, le clinicien ayant à sa portée d'autres moyens d'investigation de plus de valeur.

Au contraire, le toucher joint au palper a une importance symptomatique capitale ; c'est lui qui nous renseigne quant à la forme essentiellement variable, à la consistance dure et élastique, aux limites plus ou moins nettes et à la situation quelconque d'une tumeur tant sessile que pédiculée. Dupuytren le savait bien lorsqu'en 1837, à propos « d'une jeune dame de condition qui « souffrait depuis longtemps d'un écoulement séreux par « le vagin, mais sans éprouver de douleurs, qui dépen- « rissait de jour en jour et accusait des tiraillements aux « reins », il disait « qu'il sentait au toucher un corps

« dans le vagin, en parcourait tout le pourtour et recon-
« naissait jusqu'à la plus grande hauteur où pouvait
« atteindre son doigt, que la tumeur était libre dans
« toute sa circonférence, et que son volume diminuait
« de bas en haut ».

L'auscultation ne donne rien d'intéressant, et le calibre des vaisseaux nourriciers de la tumeur est trop petit pour faire songer un seul instant à la transmission du bruit de souffle accompagné de thrill que M. le professeur Pozzi entendit à propos d'un énorme fibrome utérin.

Enfin l'examen au speculum, possible lorsqu'il s'agit d'une petite tumeur sessile, complète l'examen physique et donne une valeur pathognomonique à des notions d'ensemble dont l'appréciation n'est plus seulement subordonnée à des impressions tactiles.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS

Il est parfois difficile de préciser le moment où finit un symptôme et où commence une complication, et tandis que par exemple dans une broncho-pneumonie succédant à une rougeole, celle-là est nettement la complication de celle-ci, il n'en est plus tout à fait de même dans le cas qui nous occupe : c'est ainsi qu'une rétention d'urine est un symptôme en tant que servant à établir le diagnostic de fibrome vaginal, mais devient une complication dès qu'elle-même se manifeste après la signature du diagnostic. Quoi qu'il en soit, signalons ici la rétention d'urine comme un accident des plus graves ; par bonheur elle est rarement absolue et d'ailleurs peu compatible avec la conception d'une petite tumeur. Nous dirons la même chose de la gangrène, complication à laquelle sont particulièrement voués les polypes ayant franchi la vulve.

La rectocèle est rare ; la cystocèle l'est beaucoup moins et peut être la conséquence d'une tumeur aussi bien sessile que pédiculée, le pédicule étant dans ce dernier cas parfaitement capable d'entraîner la vessie avec son point d'implantation.

Les fibromyomes du vagin, par le fait même qu'ils sont anatomiquement identiques à ceux de l'utérus, paraissent susceptibles de subir la dégénérescence sarcomateuse. Déjà en 1866, à une époque où toute tumeur maligne était dite cancéreuse, Isnard nous parle d'un polype vaginal dégénérant en cancer, et nous indique même la marche du processus qui commençait par le pédicule et non par la partie libre. « Ce n'est point la « règle ordinaire, ajoute-t-il. Lisfranc observe que si le « cancer se développe sur une tumeur polypeuse, le plus « ordinairement il prend naissance sur la partie exposée « à l'air, et que le pédicule de la production organique « accidentelle est envahi le dernier ». Puis il se base sur ce fait que la repullulation à l'endroit de la base dégénérée, au lieu de ne former qu'une production dégénérée de même nature, a reconstitué presque en totalité un tissu « polypeux », pour admettre que la tumeur était primitivement de nature bénigne et que la dégénérescence n'a eu lieu que secondairement.

Il est vraisemblable que ce pseudo-cancer était un sarcome, car, suivant l'expression de M. le prof. Pozzi, le fibrome et le carcinome sont « des tumeurs de lignées « histologiques différentes, incapables de se transformer « l'une dans l'autre ». Resterait à savoir si le polype vaginal en question était bien une tumeur primitivement fibromateuse, autrement dit s'il y a eu à proprement parler un processus de dégénérescence.

Nous arrivons maintenant à une question des plus importantes, nous voulons parler des rapports des fibromes vaginaux avec la grossesse. D'ores et déjà il est aisé de comprendre que le cours et surtout le terme de

celle-ci ne vont pas sans être singulièrement compliqués par la présence de semblables tumeurs, et c'est pourquoi nous avons placé ici cette étude.

Fibromes et grossesse

Et d'abord la grossesse est-elle possible ? Oui, puisque, malgré la dyspareunie, la fécondation a généralement pu s'effectuer. Mais dès lors la malade est exposée à une série d'accidents relevant les uns de l'influence de la grossesse sur le fibrome, les autres de l'influence du fibrome sur la grossesse. Les premiers se produisent pendant le cours de la gestation, les autres seulement au moment du travail et de l'accouchement :

Pendant la grossesse, la tumeur peut augmenter considérablement de volume avec une rapidité peu en rapport avec la lenteur de son développement antérieur. Le cas d'Isnard est typique à ce sujet, mais la nature maligne de la tumeur nous oblige à remonter plus haut pour trouver une observation dans laquelle Letenneur nous dit que « treize mois après son accouchement, la femme « Loisy devint encore enceinte, et que, dès les premiers « mois de cette troisième grossesse, la tumeur s'accrut « rapidement et vint faire saillie à la vulve ». D'autres modifications, relatives cette fois à l'essence même de la tumeur, peuvent encore se produire sous l'influence de la grossesse : telles sa transformation téléangiectasique, et principalement son ramollissement œdémateux : cette dernière manifestation, qui s'opère vers la fin de la gestation, est probablement l'expression de la part que prend le fibrome au ramollissement général de la région vulvo-

vaginale ; au point de vue de l'accouchement, c'est à coup sûr une circonstance heureuse, la tumeur acquérant un certain degré de réductibilité ; pourtant il n'y a pas lieu de se réjouir outre mesure, mais bien de redouter par dessus tout des traumatismes obstétricaux, car désormais la gangrène est à la porte, qui ne demande qu'à pénétrer.

Puisque nous voici amenés à traiter de l'influence du fibrome sur le travail et l'accouchement, disons bien vite que souvent les choses se passent le mieux du monde : L'existence d'une tumeur vaginale chez une femme de 47 ans, dont parle Neugebauer, n'empêcha pas la terminaison heureuse de neuf accouchements. Dans le cas de Letenneur, la malade eut connaissance de sa tumeur après ses premières couches ; 16 mois après celles-ci, elle mit au monde un second enfant, puis bientôt un troisième. C'est à sa troisième grossesse que la tumeur apparut à la vulve. « Immédiatement après l'accouchement, elle remonta spontanément dans le vagin ; elle « était alors aussi grosse qu'un œuf d'oie. L'existence de « cette tumeur ne donnait lieu ni à un écoulement leu- « corrhéique, ni à des pertes de sang. Elle ne mettait « pas non plus obstacle aux rapprochements sexuels « puisque, au mois d'avril 1845, la femme Loisy mit au « monde son 4^e enfant. » Mais nous n'avons pas à envisager que des cas aussi favorables ; il nous faut également jeter un coup d'œil sur les accidents qui peuvent survenir : Tout d'abord la difficulté de l'accommodation fœtale au cours du travail peut déterminer des présentations vicieuses, et il est évident qu'à cet égard un gros fibrome sessile et fixé n'aura pas la même valeur pronos-

tique qu'un polype petit et à long pédicule. L'accouchement étant commencé, le même petit polype sera d'une gêne insignifiante, alors que la grosse tumeur sessile pourra être une cause sérieuse de dystocie. « Chacun « sait quelles difficultés peuvent résulter pendant le « travail de l'accouchement de la présence dans le bassin « de tumeurs fibreuses volumineuses ; chacun sait également que ces difficultés sont cependant très différentes, toutes choses égales d'ailleurs, suivant que ces « tumeurs sont réductibles ou irréductibles. Dans le « premier cas, en effet, le chirurgien peut le plus souvent, « en dirigeant convenablement les efforts de la nature « ou en intervenant avec adresse au moment opportun, « rendre la parturition possible ; dans le second, au « contraire, si la tumeur est tant soit peu volumineuse, « son irréductibilité constitue ordinairement une impossibilité absolue à l'extraction du fœtus par les voies « naturelles de la génération. » Ce passage, extrait d'un numéro de la *Gazette des Hôpitaux* de 1854, est parfaitement conforme à la réalité des faits. Mais aujourd'hui le chirurgien n'hésite pas, même pendant la période de travail, à enlever une tumeur qui, au dire de Simon, a pu en 1693 légitimer l'opération césarienne, à une époque pourtant où les résultats d'une pareille intervention devaient être en général fort peu encourageants.

Les accidents survenant pendant le travail ou pendant la période d'expulsion sont des complications d'ordre mécanique. Il en est d'autres survenant dans le même temps ou après la délivrance : ce sont des accidents septicémiques dus à la gangrène du fibrome. A vrai dire ils ont la même origine mécanique, le fœtus ou le

forceps ayant traumatisé la tumeur et ouvert une porte à l'infection gangréneuse, puis à l'infection puerpérale. Le caractère particulièrement grave de ces accidents en fait une complication redoutable pour la vie de la mère comme pour celle de l'enfant : quelques observations le prouvent : dans celle de Virchow, « on ne put extraire « le fœtus qu'au prix d'une déchirure du vagin et d'une « fracture de la branche descendante du pubis : la malade mourut après 4 mois de suppuration » ; dans celles de Van Dœveren et de Porro l'enfant était mort et macéré ; dans celle de Mac Clintock, la mère mourut 34 heures après l'accouchement. Enfin une observation de Pillore relatée à la fin de cette thèse, fait bien ressortir les dangers terribles que ces accidents infectieux font courir à la mère et à l'enfant, et l'intérêt qu'ont les malades en pareil cas à recourir dès le début de leur grossesse à une chirurgie prévoyante et entendue.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

« La rareté de ces néoplasmes, auxquels on ne pense « pas tout d'abord, est le seul fait, dit M. Richelot, qui « puisse faire hésiter le diagnostic. »

Rien n'est plus facile en effet que le diagnostic d'un fibrome vaginal, pour peu que l'on y songe, et les erreurs, imputables en général à la trop grande rapidité d'un examen, ne peuvent être que de très courte durée pour un observateur expérimenté.

A. — La tumeur est sessile.

Si elle fait légèrement saillie à la vulve, l'idée d'un prolapsus vaginal est la première qui se présente à l'esprit. Instinctivement le chirurgien essaie donc de refouler ce qu'il croit être une cystocèle ou une rectocèle ; mais la masse résiste et donne à son doigt l'impression d'une consistance ferme et élastique. Introduisant alors une sonde dans la vessie, il constate l'impossibilité, quels que soient les mouvements imprimés, de sentir l'instrument à travers les parois du pseudo-prolapsus. D'autre part, la malade interrogée déclare ne pas avoir remarqué de relation entre l'état de réplétion de sa vessie

et le volume de la grosseur. Enfin le toucher rectal fait écarter toute idée de rectocèle. Dès lors le doute n'est plus permis : il s'agit bien d'une tumeur, et avec le chirurgien nous allons préciser le diagnostic en combinant maintenant le toucher vaginal aux procédés d'exploration précédents : ainsi nous apprécions les dimensions, nous déterminons le siège, nous nous rendons compte du degré de mobilité de cette tumeur, et, la distinguant bien par conséquent d'une production néoplasique quelconque du tissu cellulaire pelvien qui aurait fait saillie sous la muqueuse vaginale, nous sommes en état de la déclarer vaginale et sessile.

Il ne reste plus qu'à en déterminer la nature, et c'est le point délicat, car la fréquence relative des collections liquides fait souvent écarter l'idée d'une production fibreuse pour admettre celle d'un kyste. La consistance ferme de la tumeur, les bosselures de sa surface, le défaut de transparence en son centre, l'absence de fluctuation trancheront le diagnostic, sans qu'il soit besoin pour cela de recourir à la ponction. A vrai dire, il est des circonstances où la confusion est possible, et il est certain qu'un fibrome infiltré, œdémateux, pseudo-fluctuant, a beaucoup de ressemblances avec un kyste très tendu. Mais, en somme, outre que le cas se présente assez rarement, les conséquences d'une semblable méprise ne sont pas graves.

Tout à l'heure nous avons laissé entendre qu'il y avait lieu de distinguer une tumeur vaginale autochtone d'une tumeur des régions avoisinantes qui se serait coiffée des parois du vagin pour faire saillie dans sa cavité. C'est, qu'en effet il existe des tumeurs du rectum ou de la

vessie capables de donner le change. Des excroissances charnues dues à l'inflammation consécutive à la présence trop prolongée de corps étrangers dans le vagin, particulièrement de pessaires, peuvent également induire en erreur, au même titre que certains calculs urinaires développés dans le vagin, à la faveur d'une fistule vésico-vaginale, comme dans le cas de Griffault (1). Enfin, ils existent aussi, ces corps fibreux de l'utérus, appelés généralement *fibromes utérins sous-séreux pédiculés*, qui, nés au niveau de la portion sus-vaginale du col, s'accroissent en dédoublant la cloison recto-vaginale et, cachant leur véritable origine, simulent une tumeur du vagin. « Tant que persiste, dit Rollin, l'union de ces « tumeurs avec l'utérus, on voit facilement qu'elles leur « appartiennent, les mouvements se transmettent de » l'une à l'autre, et la matrice est parfois le siège d'autres « néoformations semblables ; mais si les fibromes deviennent libres, par rupture du pédicule, énucléation, le « diagnostic est des plus difficiles avec une tumeur du « vagin ».

B. — La tumeur est pédiculée.

Si elle est volumineuse et déborde largement la vulve, ce n'est plus seulement à un prolapsus vaginal que l'on pense ici, mais bien à un prolapsus utérin. Rien n'y ressemble plus. « C'est alors, dit Letenneur, qu'un « médecin fut consulté pour la première fois. Il déclara « que c'était un prolapsus, et essaya, sans succès, l'application de pessaires de différentes formes et de diffé-

(1) GRIFFAULT. *Société des sciences méd. de Poitiers.*

« rents volumes ». L'erreur est grossière, certes, mais elle vient précisément de ce que l'on n'a pas pris garde à l'existence d'un pédicule : si le doigt côtoyant la tumeur, avait pénétré dans le vagin à ses côtés, il n'eût pas manqué de reconnaître un pédicule, de le suivre, de trouver son point d'implantation et de sentir au-dessus le col de l'utérus à sa place normale.

Ce que nous disons ici à propos du prolapsus complet, nous pouvons le répéter à propos du polype utérin : il n'est qu'une circonstance dans laquelle le diagnostic est difficile ou même impossible : c'est lorsque le volume de la tumeur met obstacle à l'exploration digitale ; aussi, comprend-on l'erreur d'Espezel en pareil cas : « en « introduisant péniblement le doigt indicateur de la « main droite, je reconnais que le pédicule offrait, par- « tout où je pus arriver, le même volume (considérable) ; « avec mon idée préconçue, un léger bourrelet assez « exactement circulaire formé par la muqueuse vaginale, « fut pris par moi pour le pourtour aminci du col utérin « à travers lequel s'engageait l'extrémité du pédicule que « mon doigt ne pouvait atteindre ».

Une tumeur maligne du vagin peut-elle donner le change ! Ce n'est guère admissible : Le sarcome, qui s'observe de préférence chez les enfants, affecte la forme de grappes de raisin, et l'épithélioma à forme végétante présente l'aspect de bourgeons mollasses et fongueux ; en tant que primitives, ce sont d'ailleurs des tumeurs absolument exceptionnelles. Bien plus souvent il arrivera, étant donné la grande fréquence des cancers du col, que l'on prenne pour l'un d'eux un petit polype de la région vaginale avoisinante. C'est ainsi, nous dit

Dupuytren, qu'une malade avait consulté plusieurs accoucheurs, qui tous s'accordaient à regarder son mal comme un cancer du col utérin. « Ces praticiens, ajoute-t-il, n'avaient pas fait attention qu'en portant le doigt tout autour de la tumeur, on sentait manifestement que ce corps était séparé du col de la matrice ; ils n'avaient pas réfléchi, en outre, que l'odeur de la matière rendue par le vagin n'était pas celle qui est propre aux affections cancéreuses. Leur méprise provenait surtout de ce qu'ils touchaient un corps morbide dans le vagin sans en parcourir le contour. »

Il découle de tout ceci qu'un fibrome vaginal est principalement susceptible d'être confondu avec trois affections : un prolapsus, un kyste du vagin ou un polype utérin. Le diagnostic est facile et ne demande qu'un peu d'attention. On ne se heurte, d'une façon générale, à de réelles difficultés, que lorsque la tumeur est ulcérée : alors un diagnostic de fibrome porté dans ces conditions et même basé sur une grande expérience clinique peut bien avoir un certain caractère de vraisemblance, mais n'exprime jamais une certitude, que donne seul l'examen histologique.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Les manifestations locales de cette affection rendent à la longue l'existence intolérable aux malades dont elles altèrent la santé en retentissant sur leur état général. Des complications telles que la rétention d'urine, la gangrène, les hémorrhagies, la dégénérescence sarcomateuse peuvent d'ailleurs survenir à tout instant. De plus, nous avons particulièrement insisté sur la gravité d'une grossesse concomitante, en raison surtout de l'obstacle mécanique apporté à l'accouchement et des suites infectieuses possibles. Les craintes sont donc justifiées en ce qui concerne l'avenir de ces tumeurs qui sont pourtant bénignes, dans toute l'acception du mot.

Dès lors quel pronostic allons-nous porter ? Nous dirons que malgré tout il reste bon *quoad vitam*, mais est entièrement subordonné à l'exécution d'un acte opératoire, en général aussi simple dans sa technique que favorable dans ses résultats.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

L'état d'épuisement des malades a été dans certains cas une contre-indication à tout acte opératoire. Il semble pourtant qu'il n'en puisse jamais être ainsi, car les sujets les plus débilités sont précisément ceux qui ont tout à attendre de la chirurgie. Des cas aussi extrêmes sont d'ailleurs très exceptionnels ; en général le chirurgien est appelé pour enlever une tumeur gênante, rien de plus. Si nous ajoutons que d'une part cette intervention ne présente plus à l'heure actuelle aucun caractère de gravité, les chances d'infection étant réduites à leur minimum, et que d'autre part la thérapeutique médicale est en l'espèce absolument illusoire, on conviendra que, même pour ce qui est des tumeurs peu volumineuses, l'ablation est le traitement unique et rationnel des fibromes vaginaux.

A. — La tumeur est sessile.

La méthode à employer est l'énucléation.

Elle ne date pas d'aujourd'hui puisqu'en 1882, M. Paquet énucléa une tumeur vaginale avec les doigts « suivant les préceptes de Dupuytren ». Or les mêmes préceptes étaient appliqués dès 1860 par M. Demarquay,

et un numéro de la *Gazette des hôpitaux* de cette époque nous raconte la façon dont il enleva une tumeur musculaire du vagin du volume d'un gros œuf, siégeant à la partie supérieure de la paroi antérieure : « L'opération fut extrêmement simple. Une incision longitudinale étant conduite sur toute l'étendue de la tumeur, M. Demarquay dissèque à droite et à gauche, et l'énucléation avec les doigts est achevée avec la plus grande facilité. A la partie postérieure et supérieure, la tumeur adhère par une sorte de trousseau fibreux, dont la résection est faite avec des ciseaux ; il est facile alors de retrouver au fond de la plaie la sonde qui glisse dans le canal de l'urèthre. Nul écoulement sanguin, nul incident d'aucune sorte n'est venu compliquer cette petite opération ; la plaie s'est réunie simplement et rapidement, et au bout de huit jours, la malade est sortie complètement guérie ». Ce n'est pas autrement qu'en 1889, M. Tillaux enleva un fibromyome qu'il rattachait à l'urèthre. C'est de la même façon que M. Potherat en 1906, enleva le fibrome vaginal qui fut l'objet d'une communication à la Société de chirurgie. Enfin, c'est encore à l'énucléation qu'eut recours tout dernièrement M. Dartigues pour extirper une tumeur fibreuse du cul-de-sac latéral droit. Nous avons donc affaire à une méthode ancienne, mais par le fait même simple et nécessitant peu d'outillage : c'est donc la meilleure incontestablement, si tant est qu'il en existe une autre.

Des écarteurs étant placés pour donner du jour, des pinces de Museux accrochent la tumeur, et une incision est menée jusqu'à elle. On procède alors à la décortica-

tion des parties profondes. Cette manœuvre s'exécute facilement lorsque le fibrome est encapsulé ; mais il est des cas où il ne fait qu'un avec le tissu conjonctif environnant dont il constitue en quelque sorte un épaississement : c'est ainsi que Tédénat a constaté sur le cadavre d'une femme de quarante ans la présence d'un néoplasme vaginal dont l'extirpation eût été des plus difficiles, le tissu de cette tumeur ne se différenciant pas de celui de la musculuse du vagin. En pareil cas la dissociation digitale est impossible et l'emploi d'instruments devient dangereux par suite du voisinage de la vessie, de l'urèthre ou du rectum. Quelles que soient d'ailleurs les difficultés soulevées ou susceptibles d'être soulevées, il est bon d'avoir préalablement introduit suivant les cas une sonde dans la vessie ou l'index gauche dans le rectum afin de se repérer à tous les instants de l'opération.

Cette énucléation étant terminée, on peut à la rigueur se contenter de faire un tamponnement serré. La technique employée par M. Dartigues semble préférable : elle consiste à suturer après avoir, s'il y a lieu, excisé les lambeaux de muqueuse devenus inutiles. Un tamponnement à la gaze iodoformée met fin à une opération fort simple, comme on le voit, mais au cours de laquelle il faut éviter différents écueils : nous avons appris à respecter l'urèthre, la vessie, le rectum ; n'oublions pas, lorsque la tumeur siège dans un cul-de-sac latéral, que l'artère utérine et l'uretère se croisent perpendiculairement à ce niveau.

B. — La tumeur est pédiculée.

Différentes méthodes ont été préconisées.

La plus simple assurément est celle qui consiste à donner un coup de ciseaux sur le pédicule. C'est ce que fit Dupuytren en 1831 : « Un spéculum est introduit
« dans le vagin, le polype est mis en évidence ; une
« pince érigne est appliquée solidement sur la tumeur et
« le speculum est retiré. A l'aide du doigt indicateur et
« de cette pince, on tire doucement la tumeur vers la
« vulve, on fait avancer son pédoncule qu'on coupe d'un
« coup de ciseaux, et la tumeur tombe comme une sorte
« de poire. Diète, repos, petites saignées, boissons
« délayantes. Guérison prompte. » Pareille manière de
faire n'est pas sans inconvénients, si l'on songe que le
pédicule a pu contenir en certains cas (Kleinwachter,
Lisfranc) un prolongement vésical ou rectal, et qu'en
d'autres circonstances sa section a déterminé des hémor-
rhagies assez considérables.

La ligature a eu son heure de vogue, et les considé-
rations d'Espezel à son égard sont intéressantes. Nous
sommes en 1838 : « On regarde généralement la liga-
« ture des polypes utérins ou vaginaux à gros pédicule
« comme entraînant toujours des accidents graves, et
« souvent la mort. Notre observation réunie à quel-
« ques autres est propre à faire revenir les praticiens
« de cette opinion ; à moins qu'on ne prétende que la
« ligature placée, comme je l'ai fait par erreur, sur le
« prolongement pédiculé de la tumeur, soit moins
« nuisible que sur le vrai pédicule, ce qui n'est pas
« admissible. Eh bien ! quels sont les accidents survenus ?

« Des nausées, des spasmes, du malaise général, le
« hoquet, quelques vomissements, de légères défaillances,
« voilà les accidents qu'a fait naître durant les deux
« premiers jours la double ligature du pédicule ; mais
« ces accidents accompagnent plus ou moins toute
« opération un peu sérieuse, et je suis convaincu que
« par l'excision la malade n'en eût pas été à l'abri.
« Cette excision aurait inévitablement donné lieu à une
« hémorrhagie très inquiétante, vu l'état d'épuisement
« de notre sujet. Si la section rapide de la moitié droite
« du pédicule n'a pas été suivie d'écoulement sanguin,
« je l'attribue à la mâchure des vaisseaux produite par
« le passage d'un lien circulaire formé de plusieurs fils.
« La ligature, telle que je l'ai pratiquée, prévenait toute
« hémorrhagie primitive, ce que ne pouvait faire l'ex-
« cision ; quant aux hémorrhagies secondaires, qui
« surviennent durant le cours de la suppuration, l'exci-
« sion non plus que la ligature n'en mettent à l'abri.

« Les craintes de Dupuytren relativement à la résorp-
« tion du pus, résultat de la mortification d'une partie
« du pédicule, nous semblent très exagérées.

« Un des grands avantages de la ligature, c'est qu'elle
« est ordinairement suivie d'une prompte cicatrisation.
« En somme, il nous paraît que la ligature doit être
« mise en usage dans le cas de polypes à très gros pédi-
« cule, réservant l'excision pour les pédicules plus ou
« moins étroits : encore serait-ce une précaution utile
« que de placer quelquefois une ligature d'attente. »

L'écraseur linéaire de Chassaignac fut le point de
départ de toute une méthode d'exérèse qui fut appliquée
aux polypes vaginaux dans les cas de Letenneur et

d'Isnard ; la section du pédicule était ordinairement suivie d'une cautérisation au nitrate acide de mercure ou au perchlorure de fer.

Puis ce fut l'anse galvanique qu'utilisa notamment Neugebauer dans un cas où, dit-il, l'hémorrhagie qui suivit fut si forte qu'il dut recourir pour l'arrêter à l'appareil de Middeldorpl et au fer rouge.

Signalons seulement pour mémoire la torsion et l'arrachement, et arrivons aux méthodes les plus habituellement employées aujourd'hui : la section du pédicule après ligature et la section du pédicule après torsion :

La première est simple : la muqueuse est incisée et décollée au bistouri ; ainsi le pédicule est réduit à ses vaisseaux et à leur gangue fibreuse, et l'opérateur a pu constater qu'il ne renfermait aucun recessus vésical ou rectal ; il fait alors une ligature à la base et sectionne ; s'il existe une petite perte de substance, il est facile de suturer les lambeaux muqueux.

La seconde est plus simple encore, et donne d'excellents résultats : c'est la méthode qu'emploie M. le Prof^r Pozzi dans les cas à peu près similaires de polypes fibreux de l'utérus : la tumeur étant abaissée le plus possible, l'opérateur lui imprime un mouvement de rotation sur son axe ; cette manœuvre a pour effet de faciliter le détachement du pédicule qui s'effectue à petits coups de ciseaux courbes, et de favoriser l'hémostasie ; la section est suivie de la cautérisation du point d'implantation.

Mais il est des cas où le volume du fibrome ou ses adhérences aux parois vaginales empêchent d'atteindre le pédicule. Si, malgré les tractions avec des pinces à

griffes et en dépit des applications de forceps, la tumeur ne peut être abaissée, on recourra au morcellement par le procédé Péan : une incision profonde étant tracée perpendiculairement à son grand axe, on en saisit les lèvres avec de fortes pinces de Museux que l'on porte aussi haut que possible, et l'on excise les parties sous-jacentes ; reportant alors d'autres pinces au-dessus des premières avant que celles-ci ne soient enlevées, on recommence la même opération, et ainsi, de proche en proche, il est possible d'arriver au pédicule dont on effectue la ligature.

OBSERVATIONS

En raison de la rareté des tumeurs fibreuses du vagin, le nombre des observations est nécessairement peu considérable. Nous avons pu, à très peu de choses près, les rassembler, les dépouiller, les analyser toutes au profit des conclusions de notre travail. Mais, si limité que soit le nombre de ces observations, il est encore trop grand pour que nous puissions les rapporter toutes, même en les résumant. Ainsi nous avons été amené à faire une sélection basée sur la nécessité de remonter à quelques cas anciens, sans oublier les plus récents, et sur la convenance de citer les moins connus, tels que ceux de l'Université d'Iéna, négligeant à dessein des observations intéressantes, mais déjà publiées en France par Rollin et Boursier de la Roche.

Observation I (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr DARTIGUES.

Polype fibreux du vagin inséré dans le cul-de-sac latéral droit.

Femme de 38 ans, M^{me} P. . . , opérée le 21 novembre 1907.

Passé clinique. — Malade ayant eu deux fausses couches ; puis une grossesse normale il y a 13 ans avec accouchement à terme sans complications ni manœuvres obstétricales. Depuis l'âge de

28 ans, c'est-à-dire depuis 10 ans, elle a des métrorrhagies. Depuis quelques mois ces pertes sanguines sont devenues plus abondantes et retentissent sur l'état général.

Examen clinique. — Etat général : les pertes hémorrhagiques avec retentissement anémique sur l'état général constituent et résument tout le mal.

Etat local : le toucher fait constater une tumeur arrondie, grosse comme une pomme d'api, de consistance un peu molle, lisse, légèrement mobile, remplissant la moitié profonde du vagin et empêchant tout d'abord de sentir le col utérin. Le doigt cependant, en se glissant dans le cul-de-sac latéral gauche, arrive à percevoir la commissure cervicale gauche, puis l'orifice externe du museau de tanche. Du côté droit, le doigt arrive avec difficulté à contourner la commissure cervicale droite du col et à tomber dans le cul-de-sac droit où l'on sent que la tumeur présente un pédicule large, étalé, faisant corps avec la paroi latérale correspondante du vagin et empêchant l'accès direct sur le col.

Diagnostic. — A première vue, il semble que l'on ait affaire à un polype fibreux de l'utérus ayant accouché hors du col ou à un polype fibreux cervical : c'est sur ce dernier diagnostic que j'avais été appelé. En réalité, l'examen clinique approfondi m'a montré qu'il s'agissait d'un polype fibreux vaginal inséré dans le cul-de-sac latéral droit et complètement indépendant de l'utérus qui ne présentait d'ailleurs rien de particulier ainsi que ses annexes.

Indications opératoires. — L'utérus étant régulier, mobile, les annexes apparemment saines, la tumeur étant uniquement vaginale et occasionnant des hémorrhagies commençant à porter atteinte à la santé de la malade, l'extirpation de la tumeur ou polypectomie s'impose à bref délai.

Opération. — Je pratique l'extirpation sans aide le 21 novembre 1907. Pas de chloroforme ni d'anesthésie locale, prévoyant que l'opération serait courte, jugeant que l'anesthésie générale serait peut-être difficilement supportée et que l'anesthésie locale dans un vagin infecté était impossible.

L'opération pour ces raisons est conduite rapidement : une valve inférieure à poids est glissée sur la paroi vaginale postérieure, un

écarteur est enfoncé en haut et latéralement pour mettre en évidence la tumeur. Des pinces de Museux sont appliquées sur le polype et la paroi vaginale latérale droite étalée. Incision au bistouri, en demi arc sur tout le cul-de-sac correspondant. Puis aux ciseaux courbes excision de la muqueuse et de la musculuse vaginale ; pénétration dans la loge fibreuse avec le doigt qui, d'un tour de spire, décolle et énuclée toute la tumeur. Rejet du col utérin enfin découvert, fortement à droite au moyen de deux pinces tire-balle qui tirent sur lui. Le cul-de-sac latéral est largement ouvert par l'extirpation de cette masse fibreuse ; on est à la base du ligament large qui saigne assez abondamment. Ebarbement de la muqueuse vaginale, régularisation de la plaie qui offre l'aspect d'un croissant et suture par un surjet au catgut de ses deux lèvres. Tamponnement vaginal serré dans le cul-de-sac correspondant.

A la fin de l'opération il est facile de constater que le col est absolument indemne.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Cet examen a été pratiqué par mon ami Caraven.

La pièce qui a été remise pour l'examen histologique avait été fixée en masse après l'opération dans l'alcool à 90°.

A la coupe, la tumeur est de coloration blanchâtre, uniforme, la surface de coupe offre le même aspect en tous ses points ; on ne voit pas de vaisseaux dilatés ; la tumeur est de consistance ferme.

Deux fragments ont été prélevés l'un vers l'extrémité du polype, l'autre au voisinage de son point d'insertion. Inclusion à la paraffine. Ces coupes ont été colorées à l'hématoxyline-éosine et à l'hématoxyline Van Gieson. La structure histologique est la même sur les deux fragments. Il existe, à la périphérie, un revêtement épithélial discontinu ; cet épithélium stratifié n'a, en aucun point, la hauteur de l'épithélium vaginal normal ; il est réduit à ses couches profondes.

Dans les parties où l'épithélium fait défaut, la tumeur est recouverte par un caillot fibrino-cruorique, très étalé, et renfermant quelques éléments leucocytaires. L'épithélium renferme lui aussi quelques leucocytes.

Au-dessous de l'épithélium on voit par places de petits foyers hémorrhagiques étendus en nappes de faible épaisseur. Dans toute l'étendue des coupes il existe également sous l'épithélium une infiltration leucocytaire abondante, avec prédominance des polynucléaires ; au sein de cette infiltration diffuse, on note plusieurs nodules inflammatoires circonscrits ; quelques points sont cédémateux.

Profondément on reconnaît une tumeur fibro-conjonctive, très cellulaire et très vasculaire. Les fibres collagènes, abondantes, forment des réseaux très fins et très serrés ; elles prédominent autour des vaisseaux où elles forment de véritables anneaux fibreux. Dans ce réseau fibreux, on trouve de très nombreuses cellules conjonctives de forme variable ; elles sont réparties uniformément dans toute l'étendue de la tumeur ; cependant, au voisinage immédiat des vaisseaux elles sont moins nombreuses.

Les vaisseaux sont de petit calibre, mais extrêmement nombreux ; ils ont une paroi propre très nette. Les éléments conjonctifs se groupent autour d'eux en cercles imbriqués ; la lumière de quelques capillaires est presque oblitérée ; ailleurs elle l'est complètement et la stratification conjonctive concentrique qui l'entoure donne alors la figure d'un « globe » fibreux.

En somme, il s'agit d'une tumeur fibro-conjonctive à systématisation périvasculaire particulièrement nette ; cette tumeur est remarquable par le grand nombre de ses éléments cellulaires ; il s'agit d'un fibrome jeune, ayant sans doute évolué assez rapidement. En aucun point on ne constate de dégénérescence sarcomateuse.

Obs. II. — PELLETAN, *Clinique chirurgicale*, 1810.

Grosse tumeur fibreuse située entre le vagin et la vessie urinaire.

Une femme, âgée de 32 ans, ayant l'apparence de la plus belle santé, et mère de 4 enfants, portait une tumeur qui faisait saillie dans le côté droit du vagin. Elle avait déjà fait quelques progrès avant que la malade ne s'en fut aperçue ; et comme elle n'en

éprouvait alors aucune incommodité, elle resta longtemps sans consulter personne. La tumeur ayant pris un accroissement inquiétant dans le cours d'une année, cette femme s'adressa à diverses personnes de l'art qui reconnurent bien la maladie en elle-même, mais furent intimidées par le siège qu'elle occupait. J'avais été consulté des premiers ; et reconnaissant que cette tumeur était mobile, que la femme la poussait au dehors par le plus léger effort, m'étant assuré également que le vagin qui la couvrait était sain et n'y adhérait que par un tissu cellulaire très lâche, j'avais proposé d'en faire l'excision. L'avis des autres chirurgiens tendant à donner de l'effroi à la malade sur l'opération que je proposais, elle s'était décidée à garder sa tumeur ; et deux années s'écoulèrent encore dans cet état. Cependant cette tumeur acquit un volume considérable : elle formait un globe qui avait environ 6 pouces de diamètre. Son poids appuyait sur le rectum, et d'autre part elle comprimait la vessie, de manière à gêner la sortie des urines et celle des matières fécales. La malade parvenait encore à la pousser au-dehors : alors on pouvait la retenir en l'accrochant avec deux doigts, et l'on s'assurait à loisir de la mobilité du vagin sur cette tumeur, comme on s'était convaincu qu'elle n'adhérait aux environs de la vessie que par un tissu cellulaire très extensible. Elle refoulait beaucoup la matrice à gauche et en haut du bassin ; ce qui annonçait sa situation dans le tissu cellulaire de la partie inférieure de la vessie urinaire. Je proposai encore à cette époque de faire l'extirpation d'une tumeur qui ne pouvait que faire des progrès et dont on voudrait trop tard débarrasser la malade.

Quelques chirurgiens craignaient qu'elle ne fût cancéreuse ; mais les plus instruits ne redoutaient que l'opération en elle-même. Pour moi, je ne pouvais dire au juste quelle était la nature de la tumeur ; je pensais que c'était un stéatôme ou un mélicéris ; mais son isolement me tranquillisait sur les suites de l'opération, et la malade se décida pour mon opinion, comme la seule qui lui donnait de l'espoir.

Je procédai à l'opération ; à cet effet, la femme fut mise sur le bord de son lit, dans la position propre à l'opération de la taille ; les cuisses et les jambes fléchies furent tenues de chaque côté par

un aide ; alors j'invitai la malade à pousser sa tumeur, et je la fis retenir par un aide qui porta deux doigts derrière elle. Je fis une incision au vagin sur toute la longueur de la tumeur ; j'introduisis un couteau fixé sur son manche, dont la lame, large seulement de trois lignes et courbée sur son plat, était terminée par un bouton ; je l'introduisis, dis-je, entre le vagin et la tumeur, en coupant le tissu cellulaire assez lâche qui les unissait. Cette dissection fut faite dans toute l'étendue que l'instrument put parcourir, en appliquant sa concavité sur la convexité de la tumeur. Je pus ensuite introduire mon doigt pour pousser le vagin en dehors et faire saillir la tumeur dépouillée de son enveloppe. Arrivé à la partie postérieure, j'éprouvai une grande facilité à rompre le tissu cellulaire avec le doigt, et la tumeur fut complètement dégagée, et mise au-devant du sac dont je l'avais dénudée.

Je voulus voir, avant que d'achever de la séparer, de quelle nature elle était, et j'y plongeai le bistouri : il n'en sortit rien. Je reconnus qu'elle était très dense et formée d'un tissu fibreux ; je me persuadai alors qu'elle devait recevoir de gros vaisseaux pour sa nourriture ; et comme ces vaisseaux devaient naître des troncs logés dans le bassin, et occuper la partie supérieure de la tumeur qui était celle que je n'avais point encore séparée, je fis passer un fil composé de quatre brins autour du tissu cellulaire qui couronnait la tumeur : on en vint facilement à bout et l'on fit une forte ligature : alors j'achevai de séparer la tumeur en laissant dans la ligature une partie des enveloppes cellulaires qui la couvraient.

Cette opération fut simple, peu douloureuse, et laissa la malade dans un état de satisfaction extrême, surtout en considérant combien on lui avait donné d'inquiétude sur un événement qui venait de se passer avec tant de tranquillité.

Un écoulement de sang assez abondant, et dont la couleur rouge me causait de l'inquiétude, me détermina à introduire dans le vagin une quantité de charpie suffisante pour rapprocher et comprimer les parois du foyer qui renfermait la tumeur. J'y trouvai encore l'avantage de remédier à l'écartement de ces parois qui aurait pu produire une suppuration dont le terme eût été difficile à prévoir : au contraire, la charpie n'ayant été extraite que 8 jours

après l'opération, la suppuration fut à peine sensible, et la guérison fut complète en moins d'un mois.

La tumeur était d'une grande densité ; elle semblait formée toute entière d'une membrane cellulaire très compacte, et pesait environ trois onces. Réduite à la plus parfaite dessiccation et sans pourriture, elle pèse six gros, et, par conséquent, a perdu les trois quarts de son poids, quoique nous ayons observé que sa substance était solide. La femme était d'un tempérament éminemment lymphatique, grasse et blanche, sans couleur ; elle portait au cou d'anciennes cicatrices qui annonçaient d'anciennes tumeurs lymphatiques, et elle venait de perdre un enfant d'un vice scrofuleux qui avait déterminé des dépôts et carie du bassin, et d'une articulation coxo-fémorale. Toutes ces circonstances n'empêchaient pas qu'on ne dût la débarrasser de sa tumeur, si la chose était jugée possible. On a vu sur quels caractères j'ai reconnu cette possibilité, et l'évènement a justifié le diagnostic que j'avais établi.

Obs. III et IV. — PILLORE, *Gazette des hôpitaux*, 1854.

Tumeurs fibreuses compliquant la grossesse et l'accouchement.

I. — Aubert, 39 ans, 8^e grossesse à terme. Abdomen extrêmement volumineux, bilobé. La tumeur droite est formée par l'utérus développé par un produit de conception : elle remonte jusque dans l'hypocondre. La tumeur gauche, moins volumineuse, s'élève jusqu'à l'ombilic ; elle présente dans toute son étendue une dureté uniforme. Derrière la vulve existe aussi une tumeur dure et lisse qui occupe presque toute l'excavation du bassin ; elle est mobile, et les mouvements qu'on lui imprime sont nettement transmis à la tumeur abdominale gauche ; l'orifice utérin, d'abord difficile à trouver, est enfin découvert à droite et en arrière vers la symphyse sacro-iliaque. Cette femme est d'ailleurs, depuis plusieurs jours, prise d'une diarrhée abondante qui l'a profondément affaiblie ; elle est au moment du travail dans un état des plus graves ; les lèvres sont cyanosées ; le poulx, petit et misérable, bat 136. M. Pillore,

après avoir pris l'avis de ses confrères, MM. Bcllay, Potier, Flaubert, Godefroy et Hélot, pratique la version. Grâce à la mobilité de la tumeur, il peut sans difficulté la refouler au-dessus du détroit supérieur et introduire la main dans l'utérus. La rétraction de ce dernier met seule quelque obstacle à la recherche des pieds, qui finissent cependant par être saisis tous les deux et amenés à la vulve. Dès lors, toute difficulté disparaît et l'extraction du fœtus se fait promptement. Immédiatement après la délivrance, qui n'offre rien de particulier, la tumeur reprend sa place primitive.

L'état général continue de s'aggraver, et la malade succombe le même jour, à minuit. Le fœtus, venu mort, présente des traces de putréfaction ; l'épiderme s'enlève facilement.

Voici ce que fit constater l'autopsie : tumeur fibreuse de 30 centimètres de longueur sur 24 de largeur et 16 d'épaisseur, accolée à la paroi antérieure de l'utérus et du vagin, qui a acquis une longueur et une largeur considérables ; cette tumeur est située plus à gauche qu'à droite, une mince couche de tissu utérin l'enveloppe de toutes parts ; fendue par le milieu, elle se montre constituée par du tissu fibreux contenant du tissu graisseux en grande quantité.

II. — Rousselle, âgée de 45 ans. 2 fausses couches antérieures, et un accouchement à terme, il y a six ans, d'un enfant qui présentait probablement l'épaule, et qu'on dut extraire par la version. Aujourd'hui, 6 août 1851 elle est à terme d'une deuxième grossesse. Le 7, début du travail ; rupture des membranes le 8 et constatation d'une tumeur remplissant presque entièrement le bassin. Cette tumeur est dure et irréductible ; il ne reste en avant, entre elle et le pubis, qu'un espace de 2 centimètres : le doigt ne peut passer entre la tumeur et le côté droit du bassin ; à gauche, il trouve un intervalle de 2 centimètres environ ; en bas, elle descend jusqu'au niveau du coccyx. Par le palper abdominal, on la sent à 8 ou 10 centimètres au-dessus du pubis ; elle adhère au bord droit de l'utérus. Le col utérin, refoulé en avant, est placé derrière le pubis ; on peut y introduire le doigt et sentir la tête au dessus de la symphyse. Les douleurs, qui avaient été très fortes, sont devenues faibles et rares. L'accouchement est reconnu impossible et d'un

commun accord, MM. Delabrosse, Hélot, Mélays et Pillore, décident que l'opération césarienne doit être pratiquée ; elle est confiée à M. Pillore, qui, aidé par ses confrères, l'exécute suivant les règles ordinaires et avec toutes les précautions possibles. L'enfant est extrait vivant. La femme, pansée comme à l'ordinaire, semble d'abord bien aller ; puis des accidents de péritonite surviennent, et elle succombe le 13, dans la soirée.

A l'autopsie, après avoir incisé la symphyse pubienne et écarté les os iliaques, on peut apercevoir très bien toute la tumeur qui adhère à la paroi postérieure du vagin, un peu au bord droit de l'utérus et à la face antérieure du rectum ; elle a la forme d'une poire à grosse extrémité tournée en bas. Voici ses dimensions :

Diamètre vertical.....	16 centimètres.
— transversal.....	10 —
— antéro-postérieur.....	9 —

Elle est entièrement constituée par du tissu fibreux ; ses adhérences au vagin et au rectum sont très solides.

Obs. V. — A. MARTIN, *Zeit. für Geb. und Gyn.* 1878.

Polype fibreux du vagin chez un nouveau-né.

(Traduction personnelle).

Le 27 juin de cette année il me fut présenté un enfant du sexe féminin, âgé de 24 heures, lequel était né spontanément et sans difficulté à la fin d'une grossesse normale. A l'examen de l'enfant la sage-femme avait vu une tumeur grosse comme une lentille, d'un rouge vif, pendant en dehors de la vulve ; d'ailleurs aucune anomalie n'était relevée sur le nouveau-né. Au moment où l'enfant me fut amené, cette excroissance existait encore entre les lèvres. Près de l'hymen intact il s'élevait comme un bouchon hors du vagin. Sa surface extérieure était dans son ensemble uniformément rouge-vif. Je tirai le tout au dehors à l'aide d'une petite pince et je développai finalement un polype long de 4 cent. 8, renflé en masse à la partie inférieure, se réduisant en haut à la grosseur d'un fil ; il

s'insérait à 0 cent. 7 au-dessus de l'hymen sur la paroi postérieure du vagin, un peu à gauche de la ligne médiane. Le pédicule fut lié le plus près possible de sa base, et le polype fut ensuite sectionné. Aucune hémorrhagie. Trois jours après, la ligature se détacha, et la vulve apparut complètement fermée. L'enfant n'avait fait paraître aucune réaction.

Le polype enlevé était très compact au toucher et tapissé par un épithélium pavimenteux. Il ne renfermait pas de tissu glandulaire; par contre, des vaisseaux remarquablement forts couraient presque uniquement au centre de la tumeur. Ceux-ci étaient noyés dans un solide tissu conjonctif, dans lequel on ne pouvait pas reconnaître de fibres musculaires. Les vaisseaux contenus dans le pédicule n'étaient séparés de sa surface que par une tranche tout à fait mince de tissu conjonctif.

Obs. VI, VII, VIII (résumées). — HASTENPFLUG, thèse Iena, 1888.

(Traduction personnelle).

I. — *Fibromyome du cul-de-sac vaginal gauche.* — Femme de 45 ans, 2 grossesses. Règles d'abord quelque peu irrégulières cessent tout à coup. Écoulement séro-sanguinolent. Pesanteurs pendant la miction parfois difficile. Le vagin est rempli d'un corps solide, à surface sale, gris foncée, ulcérée. Impossible de vérifier par l'examen le point de départ de la tumeur à cause de son volume. Application de forceps sur la tumeur, qui d'autre part est poussée au dehors à l'aide d'un doigt agissant par l'anus. Ainsi amenée en avant, on put alors constater qu'elle s'attachait par un pédicule à la partie la plus haute du vagin, à gauche du museau de tanche. Ligature du pédicule et section.

La tumeur pesait 800 grammes, mesurait 13 centim. de longueur et 11 d'épaisseur. L'examen microscopique décèle un fibromyome à parties fibreuses relativement clairsemées.

II. — *Coexistence de fibrome vaginal et utérin.* — Abondantes pertes de sang chez une multipare de 41 ans. Petite tumeur de la

paroi antérieure du vagin et tumeur plus volumineuse de la paroi antérieure de l'utérus avec agrandissement considérable de la cavité utérine. La première tumeur, qui siégeait à environ 5 centimètres de la vulve et avait 1 centim. de diamètre, fut enlevée : c'était un fibromyome.

III. — *Fibromyome de la paroi vaginale antérieure.* — Douleurs lombaires surtout pendant les époques, constipation et difficultés au moment des selles chez une femme ayant eu 3 grossesses. Fibromyome de 1 centim. de diamètre siégeant sur la paroi antérieure du vagin. Mais cette tumeur n'était pas la cause des troubles précédents, imputables à une rétroflexion considérable de l'utérus, et qui continuèrent après l'extirpation.

Obs. IX (résumée). — ELISCHER, *Société impéριο-royale des médecins de Budapest, 1892.*

Tumeur fibreuse du cul-de-sac vaginal gauche.

Douleurs lombaires et troubles de la miction chez une femme de 40 ans. Fibromyome siégeant dans le cul-de-sac vaginal gauche. Enucléation. Coexistence d'un abcès péri-urétral et d'un polype muqueux qui sortait de l'orifice du col utérin.

Obs. X. — HASENBALG, *Zeits. für Geb. und Gyn.* Bd. XXXIII, 1892.

Fibrome pur du vagin.

(Traduction personnelle)

M^{lle} B..., âgée de 49 ans, fut reçue le 5 mai de cette année dans notre section gynécologique. Depuis l'âge de 14 ans elle a été réglée normalement toutes les 4 semaines, 8 jours chaque fois. Depuis 2 ans les règles sont sensiblement plus fortes. Il y a eu en même temps un écoulement blanc modéré. Aucune autre incommodité. Depuis quelques mois cette femme croit avoir remarqué une masse dans le fond du vagin.

L'hymen est intact. Le vagin est étroit ; sa partie postérieure est remplie par une tumeur de la grosseur d'une pomme, à surface lisse et dont la consistance est modérément dure. Sur cette tumeur la lèvre antérieure du museau de tanche se détache en saillie, semblable au bout du pouce. La couleur de la tumeur est rouge tirant sur le bleu, plus claire que la lèvre antérieure du museau de tanche. Par le toucher rectal on sent l'utérus petit, atrophié, quelque peu en rétroversion et accolé en arrière à la tumeur. Avec la sonde on ne réussit pas à pénétrer dans la cavité utérine ; mais on put la faire entrer de 2 à 3 centimètres dans l'espace compris entre la tumeur et la lèvre en saillie du museau de tanche, dans la direction de la courbure du sacrum ; on en sentait l'extrémité par le rectum, entre l'utérus et la tumeur :

La première pensée, à savoir qu'il s'agissait d'un fibrome du col de l'utérus, issu de la lèvre postérieure du museau de tanche, fut abandonnée et le diagnostic de polype du vagin devint certain dès que la tumeur eût été tirée en avant au moyen d'une pince. En effet, on s'apercevait ainsi que la lèvre postérieure du museau de tanche faisait nettement saillie en arrière de la tumeur, était complètement libre et n'était liée d'aucune manière à celle-ci. On constatait aussi que la tumeur se développait aux dépens de la paroi postérieure du vagin, et était munie d'un pédicule très court, gros comme le petit doigt et un peu aplati dans son diamètre frontal ; elle était distante de 3 centimètres environ du point le plus élevé du fond du vagin.

L'opération fut entreprise le 5 mai par M. Baum. Le pédicule fut tiré en avant aussi loin que possible, et une ligature placée autour du pli de la muqueuse qui l'entourait, ensuite la tumeur tout entière fut enlevée avec son point d'implantation, et les lambeaux de muqueuse maintenus par deux points de suture seulement.

La tumeur a la forme d'une boule, elle est un peu aplatie dans la direction d'avant en arrière. Son plus grand diamètre est de 4 centim. 8 dans la direction frontale et de 3,9 dans la direction sagittale. La consistance est assez molle pour un fibromyome. La surface a un aspect rouge pâle uniforme. A la surface de section du pédicule on aperçoit la lumière de deux vaisseaux très petits.

La surface de section de la tumeur présente en son milieu un aspect gris rougeâtre uniforme ; ça et là on aperçoit seulement des faisceaux filamenteux de couleur blanche d'un millimètre d'épaisseur. Vers la périphérie ces petits faisceaux sont plus nombreux et traversent par paquets une épaisseur de tissu conjonctif dépassant un peu un millimètre qui est parallèle à la surface de la tumeur. Ce tissu se présente comme l'enveloppe de la tumeur, mais ne s'en laisse pas détacher. Par dessus se trouve encore une couche excessivement mince qui est formée d'un tissu épithélial pavimenteux ; les cellules de ce tissu sont séparées de temps à autre par des prolongements de l'enveloppe épaisse de tissu conjonctif. Sous cette enveloppe et se détachant d'elle par paquets se trouvent, comme il a déjà été indiqué dans la description macroscopique, divers faisceaux de fibres conjonctives se croisant en tous sens et riches en noyaux. Il n'y a pas de fibres musculaires lisses. On est étonné de la grande quantité de capillaires qui s'étalent comme un réseau dans tout le champ du microscope. Vers l'intérieur de la tumeur les faisceaux fibreux apparaissent moins serrés ; les noyaux de ce tissu conjonctif sont ici moins nets que ceux de la périphérie et donnent l'impression qu'ils sont sur le point de se diviser.

Il s'agit donc d'un fibrome pur, dans les parties intérieures duquel s'est probablement produite une infiltration séreuse consécutive à une stase.

Obs. XI (Résumée). — CONDAMIN, *Arch. provinciales de chirurgie*, 1894.

Fibrome pur de la paroi vaginale antérieure.

Femme âgée de 33 ans, présentant une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde que son siège juxta-urétral fait considérer comme appartenant à l'urètre. Hémorrhagies assez sérieuses, ayant pour point de départ la surface ulcérée de cette tumeur. Cavité de l'urètre suffisamment agrandie pour admettre le doigt. Utérus atrophié. Décortication de la tumeur.

Examen microscopique par M. Paviot : « La tumeur est cons-

« tituée par des fibres conjonctives mal délimitées et surtout fixant
« mal le carmin. Ce sont plutôt des nappes conjonctives en tour-
« billon, constituées par des cellules soudées ou ovalaires, à noyau
« pâle, avec atmosphère protoplasmique peu épaisse.

« Les cellules sont tantôt disséminées et rares dans les nappes
« conjonctives, tantôt elles sont rassemblées sous forme d'îlots
« plus ou moins étendus et même dans ce cas gardent une petite
« masse de protoplasme et leur noyau ne fixe pas mieux le carmin.
« Il existe aussi des fibres élastiques tortillées en vrille assez nom-
« breuses. En allant vers le centre de la tumeur, les cellules
« deviennent plus rares, les fibres conjonctives plus apparentes et
« les fibres élastiques très nombreuses.

« En somme, rien de musculaire ni d'épithélial dans cette tumeur,
« constituée avant tout par des éléments du tissu conjonctif. »

Obs. XII (Résumée). — JAMES OLIVER, *The Edinburgh medical Journal*, 1897.

Coexistence de fibrome vaginal et utérin.

Femme de 32 ans, 7 enfants. Coexistence d'un fibromyome de la paroi vaginale antérieure du volume d'une noix de coco, et d'un fibrome interstitiel de l'utérus.

Obs. XIII (Résumée). — GUILLEMET, In thèse BOUTIN, 1898.

Tumeur fibreuse de la paroi vaginale postérieure.

Hémorrhagies chez une primipare de 21 ans, enceinte de 6 mois et demi. Tumeur du volume d'une mandarine, rouge foncé, faisant saillie à la vulve, et ayant un pédicule. Ce pédicule a une longueur de 4 à 5 centimètres et s'implante sur la paroi vaginale postérieure. Ligature et section. Guérison. Accouchement à terme d'un enfant vivant. Fibromyome télangiectasique de la paroi vaginale.

Obs. XIV-XV (résumées). — PHILLIPS, *Brit. med. Journ.*, 1899.

I. Fibromyome du cul-de-sac latéral gauche.

M^{me} B. . . , 36 ans. Pas d'enfants. Tumeur sessile siégeant dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche du vagin, occasionnant de la douleur pendant le coït et donnant lieu à une irritation gastrique et mammaire réflexe. Diagnostic porté : Kyste probable. Incision, énucléation.

Examen microscopique : Fibromyome renfermant surtout des éléments fibreux.

II. Fibromyome de la paroi vaginale antérieure.

M^{me} A. . . , 49 ans. Périodes d'aménorrhée alternant avec des pertes hémorrhagiques fétides. Ténésme vésical. Pollakyurie. Grosse tumeur élastique remplissant tout le vagin et faisant obstacle à l'écoulement du sang menstruel. Située sous la muqueuse de la paroi antérieure du vagin ; mobilité de cette muqueuse au-dessus de la tumeur. Enucléation difficile, forte hémorrhagie. Tamponnement et pinces à demeure.

Examen microscopique : Fibromyome pesant 14 onces et demi.

Obs. XVI (Traduction personnelle). — MAKENHAUER, *Centralblatt für Gynäkologie*, 1902.

Myome pur du vagin.

M^{me} M. . . G. . . , âgée de 42 ans, mariée depuis 13 ans, ayant eu 3 grossesses ; extérieur grêle. Il y a un an, une perte de sang considérable se serait produite subitement et se serait renouvelée six mois plus tard, on dut médicamenter pour arrêter l'hémorrhagie. Depuis la dernière perte, la patiente eut assez souvent des écoulements sanguins purulents. L'examen et l'opération qui suivit ont permis de constater ce qui suit ;

Dans le vagin existait une tumeur molle de la grosseur du poing, recouverte d'une muqueuse rouge bleuâtre, elle était située sur la paroi vaginale postérieure et supérieure. En avant de la tumeur, on atteignait très difficilement avec le doigt une étroite anfractuosité à la surface supéro-antérieure de laquelle un renflement en forme d'assiette et de la grosseur d'une pièce d'un marc se faisait sentir, pourvu en son milieu d'une fossette peu profonde. C'était le col, complètement effacé. L'utérus était antéfléchi, facilement trouvé par la palpation bimanuelle ; il était un peu plus grand que normalement, et garni de nombreuses nodosités variant de la grosseur d'un haricot à celle d'une cerise. Il était enfin facilement mobilisable. L'extirpation de la tumeur ne donna lieu à aucune difficulté. On débrida la muqueuse et la tumeur fut énucléée de la cloison recto-vaginale. On arrêta par une ligature l'hémorrhagie d'une artère, et la cavité d'extraction fut tamponnée. Après l'énucléation, le col était devenu visible et le canal de l'utérus facile à sonder. Par un examen ultérieur, on constata que la cicatrice avait la forme d'un entonnoir dans la paroi postérieure du vagin, et que l'utérus était en rétroflexion.

L'examen microscopique de la tumeur ne décèla que des éléments musculaires lisses sans aucun tissu conjonctif ; il s'agissait donc d'un myome vaginal pur.

Obs. XVII (résumée). — M. DUBAR, *in* POTEL, *Rev. de gyn.*, 1903.

Myome de la paroi vaginale antérieure.

Femme de 36 ans. Pesanteur à l'entrée du vagin. Dysurie. Tumeur du volume d'un gros œuf de poule occupant la paroi antérieure du vagin et adhérent à la vessie qui est entraînée avec elle.

« L'extirpation proposée est acceptée. Incision médiane de la
« paroi vaginale antérieure, allant du col utérin jusqu'à 2 cent. du
« méat urinaire. Dissection facile de toute la face inférieure de la
« tumeur. Difficultés assez grandes pour séparer en avant la
« tumeur de la vessie à laquelle elle adhère intimement.

« En haut, dissection d'un cordon fibreux qui s'étend jusqu'à la
« portion sus-vaginale du col, et qui paraît s'y insérer.

« Sur une coupe, la tumeur enlevée est blanc rosé, d'aspect
« fibreux. L'examen histologique montre qu'elle est composée de
« fibres musculaires lisses, entrecroisées en tous sens et présentant
« sous la réaction du picro-carmin une teinte rouge acajou caractéristique. C'est un myome pur avec une enveloppe fibreuse. Le
« cordon qui la rattachait au col de l'utérus est formé par du tissu
« fibreux.

« Il s'agissait donc d'un *myome migrateur* développé primitivement dans la partie sus-vaginale du col utérin et qui peu à peu
« était descendu, dédoublant la paroi antérieure du vagin ».

Obs. XVIII (résumée). — POTEL, *Revue de gynécologie*, 1903.

Coexistence de fibrome vaginal et utérin.

Fibromyome de la paroi antérieure du vagin chez une femme de 48 ans. Hémorrhagies abondantes et troubles urinaires. Énucléation
Coexistence d'un fibrome utérin.

Obs. XIX. — POIRIER, *Fibromyome du vagin*, 1904.

Fibromyome de la paroi vaginale postérieure.

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui, à l'occasion de quelques difficultés dans les rapports sexuels, vint consulter M. le Prof. Poirier, qui constata sur la paroi postérieure du vagin une tumeur du volume d'une grosse noix, mobile sur les plans profonds et recouverte par la muqueuse vaginale intacte. Cette tumeur n'avait donné lieu à aucun symptôme, et serait restée longtemps ignorée si elle n'avait apporté d'obstacle au coït.

L'opération pratiquée le 19 mars 1904, par énucléation vaginale et suture, permit d'extirper une tumeur ovoïde, n'adhérant pas aux tissus voisins et mesurant 2 cent. 5 de hauteur sur 2 cent. 2 de largeur. La surface de section est blanche, tomenteuse et molle

Examen histologique, par M. Delamare :

Un fragment est fixé dans l'alcool à 90°, un autre dans le formol à 10 %. Les coupes obtenues, après inclusion à la paraffine, ont été colorées, les unes par l'hématoxyline de Bochmer et par l'éosine orange, d'autres par le bleu polychrome de Unna et par le mélange de Van Gieson.

Histologiquement, cette tumeur est constituée par un tissu conjonctif fibrillaire peu abondant, que colore en rouge la fuschine acide du mélange de Van Gieson.

Sur les coupes colorées par le bleu polychrome, on constate la présence de cette substance interstitielle amorphe et colorable méta-chromatiquement en violet rougeâtre, qui s'observe dans le tissu conjonctif très jeune.

Mais la tumeur renferme surtout et en grand nombre des fibres musculaires coupées tantôt transversalement, tantôt longitudinalement.

Par places, on constate quelques éléments, qui pourraient laisser supposer un début de dégénérescence sarcomateuse, mais ils ne présentent ni dégénérescence nucléaire, ni karyokinèses. Malgré cela, et à part les quelques réserves qu'on peut faire à cet égard le pronostic reste très favorable, car dans les points paraissant douteux, il n'y a pas de figures karyokinétiques. La malade est actuellement guérie.

Obs. XX (résumée). — M. POTHERAT, *Soc. de chirurgie*, 1906.

Tumeur fibreuse de la paroi vaginale antérieure.

Demoiselle de 35 ans. Tumeur de la forme d'un rein, mesurant 14 cent. de longueur, 10 de largeur et 5 d'épaisseur. Poids : 325 gr. Sessile, mais pédiculisable, insérée sur la paroi antérieure du vagin. S'étendait depuis le col utérin, distinct et indépendant, jusqu'à quelques millimètres du méat urétral. Presque fluctuante. Enucléation facile, capitonnage de la cavité d'extraction et suture.

Rappelons un passage très intéressant au point de vue du diagnostic : « L'idée qui venait de suite à l'esprit était qu'il s'agissait « là d'un polype utérin. Il était toutefois important d'arriver au « pédicule : ce ne fut pas chose facile ; la tumeur était grosse et

« l'utérus haut situé, grâce à une hystéropexie antérieure. Je pus
« parvenir cependant au fond du vagin, et je sentis un col petit,
« rond, virginal, absolument sain. »

Examen histologique : Abondant tissu conjonctif adulte fibrillaire infiltré d'une grande quantité d'éléments embryonnaires, disséminés partout, mais plus abondants au fur et à mesure que l'on se rapproche de la surface libre de la tumeur.

Obs. XXI. — M. HARDOUIN, *Revue de Gynécologie*, août 1908.

Fibrome ulcéré de la paroi antérieure du vagin.

Une femme de 48 ans, exerçant la profession de ménagère vient nous trouver à l'Hôtel-Dieu de Rennes, pour être débarrassée d'une grosseur siégeant au niveau des organes génitaux externes, et dont elle serait porteur depuis déjà un certain temps.

Cette femme nous raconte qu'il y a environ cinq ans, elle s'aperçut par hasard de la présence d'une petite tumeur siégeant à la partie supérieure de la vulve entre les petites lèvres. Aucune douleur n'accompagnait l'apparition de la lésion, aussi notre malade ne s'en inquiéta pas.

Cet état persista pendant quatre ans sans grands symptômes fonctionnels. La tumeur cependant s'accroissait peu à peu et faisait maintenant une saillie notable à travers la vulve, surtout quand la malade était debout. A partir de cette date, il survint à plusieurs reprises des phénomènes passagers de dysurie et un peu de rétention d'urine avec fréquence de la miction pendant quelques jours. Enfin, vers cette époque, la tumeur s'ulcéra et la malade nous raconte que, depuis lors, elle s'aperçut être constamment souillée par de la sérosité parfois teintée de sang.

C'est cette augmentation de volume, jointe aux phénomènes concomitants que nous venons de décrire, qui ont poussé la malade à entrer à l'hôpital.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires qui puissent nous intéresser. Elle-même n'a jamais fait de maladie sérieuse. Réglée à 48 ans, elle a continué à l'être régulièrement jusqu'à ce jour.

Elle, a eu huit enfants dont quatre sont morts de maladie inconnue. Tous ces accouchements se sont passés normalement et jamais on n'avait remarqué dans ces circonstances quelque chose d'anormal à la vulve ou au vagin.

En plaçant la malade en position dite obstétricale, on aperçoit immédiatement sortant du vagin et cachant complètement l'orifice vulvaire, une masse allongée, vaguement cylindrique, de 7 cent. de longueur. Dans son ensemble sa direction est en avant, en bas et légèrement à gauche.

Lorsqu'on écarte fortement les grandes et les petites lèvres, on constate que la base de la tumeur affleure en avant le méat urinaire et s'enfonce vers le vagin.

Sur 4 cent. de hauteur à peu près, la muqueuse vaginale entoure la tumeur, mais bientôt le revêtement muqueux s'arrête brusquement, formant une collerette assez régulière, et le reste du néoplasme ulcéré saille en avant. On voit en somme tout de suite, que la tumeur venant de la profondeur a refoulé la muqueuse vaginale devant elle, s'en est coiffée, et bientôt l'a perforée pour sortir au dehors.

Si l'on soulève en haut l'ensemble de la masse, on peut voir l'ouverture du vagin et constater en même temps que la paroi antérieure du conduit est le siège du néoplasme.

Le toucher nous montre que la tumeur est dure et se prolonge loin en arrière vers le cul-de-sac antérieur. L'utérus est sensiblement en place, un peu refoulé en arrière cependant.

Une sonde introduite dans l'urètre indique que celui-ci est très fortement dévié en arrière, en bas et un peu à droite. Il est presque doublé de longueur. On conçoit sans peine que cette disposition ait pu amener facilement des troubles de rétention d'urine, quoique le cathétérisme soit réellement très facile à pratiquer.

Rien d'intéressant à noter par ailleurs. Le diagnostic porté par nous fut : sarcome probable du vagin.

Opération. — Le 13 mars 1908, intervention sous le chloroforme. Nous incisons circulairement la muqueuse vaginale saine à 1 centimètre de l'ulcération, puis nous trouvons un plan de clivage qui nous permet facilement de décoller la tumeur, d'une part de la

paroi antérieure du vagin, et d'autre part de l'urètre dans lequel nous avons eu soin au préalable de placer une sonde métallique. Nous arrivons ainsi assez facilement à énucléer la masse néoplasique de la grosseur d'une orange, et qui s'étendait jusque sous le bas-fond de la vessie, mais sans attaches sur la portion interstitielle du col utérin.

Examen histologique. — Nous avons fait passer la coupe au niveau de la collerette vaginale dont nous avons pratiqué l'ablation de façon à avoir en même temps la portion vaginale, la portion ulcérée et la portion intrapariétale de la tumeur.

Sans insister sur les détails, nous constatons que la muqueuse vaginale est sensiblement normale. La tumeur elle-même est un fibrome pur, légèrement œdémateux. Au niveau de la portion ulcérée se trouvent de nombreux lymphocytes et des capillaires en grande quantité, qui expliquent les petites hémorragies dont a souffert la malade.

Obs. XXII. — Due à l'obligeance de M. le Prof^r Pozzi.

Fibrome de la paroi vaginale postérieure.

M. le Prof^r Pozzi a bien voulu nous donner le compte-rendu d'une opération pour endométrite et hypertrophie du col, au cours de laquelle il enleva un fibrome de la paroi postérieure du vagin :

Il s'agissait d'une tumeur de la grosseur d'une amande que l'on pouvait prendre *a priori* pour un petit kyste vaginal. Pendant l'ablation, il fut reconnu que l'on avait affaire à une production solide constituée par du tissu conjonctif.

L'examen histologique fut fait par M. le Dr Bender, après fixation en masse dans le formol à 10 %, inclusion à la paraffine et coloration. A un faible grossissement, on distinguait nettement un tissu conjonctif très dense formant des faisceaux diversement entrecroisés. Très peu de fibres musculaires lisses. C'était donc un fibrome à peu près pur.

CONCLUSIONS

Sessiles ou pédiculés, les fibromes, myomes ou fibromyomes du vagin sont très rares.

I. — ETIOLOGIE ET PATHOGENIE. — L'étiologie en est obscure. Pathogéniquement, il semble que s'ils peuvent naître souvent aux dépens des éléments conjonctifs et musculaires du *vagin lui-même*, ils peuvent aussi avoir une *origine utérine réelle* et n'être en fait que des fibromes utérins migrateurs : il ne paraît pas impossible qu'il y ait des fibromes sessiles et pédiculés de l'utérus *sous-vaginaux*, de même qu'il y a des fibromes sessiles et pédiculés de l'utérus *sous-péritonéaux* et des fibromes sessiles et pédiculés *intra-ligamentaires* ou *sous-cellulaires*. La description, l'observation et les considérations du Prof^r Pozzi au sujet des fibromes inclus dans le plancher pelvien nous paraissent venir à l'appui de notre interprétation pathogénique.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La *structure* des fibromes vaginaux est celle des corps fibreux utérins. Leur *lieu d'élection* est la paroi antérieure du vagin ; toutefois on les a observés dans tous les points de la surface du vagin, en particulier dans la paroi postérieure et dans les culs-de-sac. Lorsqu'ils se développent dans la partie inférieure de la paroi antérieure, ils entrent en connexion intime avec l'urèthre.

III. — SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes ne se traduisent que par une sensation de gêne, si la tumeur est petite. Lorsqu'elle est plus volumineuse, ils varient suivant qu'elle est sessile ou pédiculée : sessile, elle donnera lieu principalement à des *phénomènes de compression* sur les organes voisins, urèthre surtout, d'où troubles urinaires ; pédiculée, elle se caractérisera plus que la variété précédente par la tendance à *l'ulcération* et au *sphacèle*.

Un des symptômes le plus communément observé de ces tumeurs, qu'elles soient sessiles ou pédiculées, est la *perte hémorrhagique*, soit sous forme ménorrhagique, ce qui est rare, soit sous forme métrorrhagique. Cependant le symptôme hémorrhagie nous a paru accompagner presque exclusivement les fibromes ulcérés, de telle sorte que le caractère hémorrhagique de ces tumeurs solides bénignes du vagin est surtout un signe tardif.

IV. — COMPLICATIONS. — Les complications sont la rétention d'urine, la gangrène, la dégénérescence sarcomateuse.

L'étude des rapports entre la grossesse et le fibrome nous montre celui-ci comme pouvant être une cause de dystocie au moment de l'accouchement et comme le point de départ d'accidents infectieux dont le facteur est la gangrène.

V. — DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est facile. On se basera sur la consistance ferme et élastique de la tumeur, sur l'absence de réductibilité, de fluctuation, et aussi sur le point d'implantation du pédicule pour éliminer le diagnostic de *prolapsus*, de *kyste* ou de *polype utérin*.

Ce dernier diagnostic peut présenter parfois quelques difficultés, surtout quand le fibrome vaginal, obstruant le vagin, met obstacle à l'accès digital, et empêche par conséquent de se rendre compte du point d'implantation de la tumeur.

VI. — PRONOSTIC. — Le pronostic ne s'assombrit que s'il survient une complication, en particulier l'hémorrhagie abondante et répétée, le sphacèle, les phénomènes de compression, la septicémie par rétention utérine derrière la tumeur vaginale, ou dans les cas de fausses couches et d'accouchements qui sont parfois l'occasion d'une infection grave ou de dystocie. Ces diverses complications dont quelques-unes peuvent mettre la vie de la malade en danger, n'apparaissent guère que si le médecin est appelé trop tardivement.

VII. — TRAITEMENT. — Si le fibrome du vagin est découvert au cours d'un examen gynécologique et se trouve d'un volume *tout à fait minime* en même temps qu'il ne donne lieu à aucun symptôme, il est préférable, en tous cas permis, de s'en tenir à l'expectation. S'il augmente de volume, au point de dessiner un relief assez accentué dans la cavité vaginale, ne générerait-il que les rapports sexuels, il faut, surtout pour garantir l'avenir, intervenir et *intervenir chirurgicalement* :

1° *Si le fibrome est sessile*, on fera, d'après le volume et la disposition topographique de la tumeur, l'énucléation avec ou sans morcellement, suivie du capitonnage de la cavité d'extraction ou du simple tamponnement ;

2° *Si le fibrome est pédiculé*, l'extirpation se fera par

la section du pédicule avec torsion préalable ou concomittante suivie de la cautérisation du point d'implantation, ainsi que le pratique le Prof^r Pozzi dans les cas à peu près similaires des polypes fibreux de l'utérus.

Vu :

Le Président de thèse,

POZZI.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Baudier. *Journ. méd. chir. et pharm.*, 1847.
Baury. Thèse Paris, 1896, n° 103.
Boivin (M^{me}). *J. comp. du Dict. des sc. méd.*, Paris, 1830, p. 62.
Castelain. *Bull. méd. du Nord*, 1861, p. 156.
Dahlmann. *Arch. f. Gyn.*, XV, p. 127.
Demarquay. *La Lancette française*, 1860.
Denys. Thèse Leyden, 1733.
Dupuytren. *La Lancette française*, 1837.
Elischer. *Soc. império-royale des méd. de Budapest*, 1892.
Emmert. *Journ. of am. med. Assoc.*, 1897.
Espezel. *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1838.
Gremier. *Med. Zeit. Berlin.*, 1843, n° 33.
Guersant. *Monit. des hôp.*, Paris, 1854.
Hardouin. *Revue de Gyn. et de chir. abd.*, 1908.
Hasenbalg. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, XXIII, p. 52.
Hastenpflug. Thèse Iena, 1888.
Hofmök. *Wien. med. Presse*, 1891, p. 1229.
Isnard. *Union médicale*, Paris, 1866.
Kaschewarowa (M^{me}). *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1872.
Kleinwachter. *Zeit. f. Heil. Prager*, III, p. 357.
Laurent. Thèse Lyon, 1896, n° 106.
Letenneur. *Les polypes du vagin*, 1859.
Lisfranc. *Clin. chir. de la Pitié*, 1841.
Mac Clintock. *The Dublin quart. Journ.*, 1862.
Machenbauer. *Centralb. f. Gyn.*, 1902, n° 21.
Martin. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, III, p. 406.
Neugebauer. *Prager Viertel.*, 1877, p. 59.
Olenin. *Jahr. u. Geb. u. Gyn.*, 1891.
Oliver. *The Edinb. med. Journ.*, 1897.
Paquet. *Bull. méd. du Nord*, 1882, p. 65.

- Pelletan. *Clin. chir.*, 1810.
Pillore. *Gaz. des hôp.*, 1854.
Phillips. *British medic. Journ.*, 1899.
Porro. *Ann. de gyn.*, 1876.
Pozzi. *Traité de gynécologie*.
Potel. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, 1903.
Potherat. *Soc. chirurgie*, 1906.
Rizzoli. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1875.
Rocheblave. Thèse Montpellier, 1884.
Rollin. Thèse Paris, 1905, n° 289.
Scanzoni. *Lehr. der Krank. der weibl.*, 1863.
Schrøder. *Handb. der weibl. Ges.*, 1881.
Simon. *Mém. Acad. roy. Chir.*, Paris, 1743.
Simpson. *Edinb. obst. trans.*, 1878.
Smith. *Amer. Journ. of obst.*, 1902.
Stumpf. *Münch. med. Woch.*, 1890.
Tédenat. In thèse ROCHEBLAVE.
Tillaux. *Ann. de Gyn.*, 1889.
Van Dœveren. « *Specimen observationum* », Groningal, 1765.
Veit. *Handb. der Gyn.*, 1898.
Virchow. *Krnnkhafte Geschwulste*, III, p. 221.
Vierow. *Centralb. f. Gyn.*, Leipzig, 1892.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Historique.....	11
— II. — Etiologie et Pathogénie.....	19
— III. — Anatomie pathologique.....	24
— IV. — Symptomatologie	32
— V. — Complications	39
— VI. — Diagnostic... ..	45
— VII. — Pronostic.....	50
— VIII. — Traitement.....	51
OBSERVATIONS.....	59
CONCLUSIONS.....	81
BIBLIOGRAPHIE	85

422

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

